UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1957 – N° 157

ASTHME ET PSYCHONÉVROSES

BALANCEMENTS PSYCHOSOMATIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 2 Octobre 1957

PAR

Jean-François-Jacques BLADÉ

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX
DIPLÔMÉ DE MÉDECINE TROPICALE
BREVETÉ MÉDECIN DE LA MARINE MARCHANDE
CERTIFIÉ DE PSYCHO-PHYSIOLOGIE

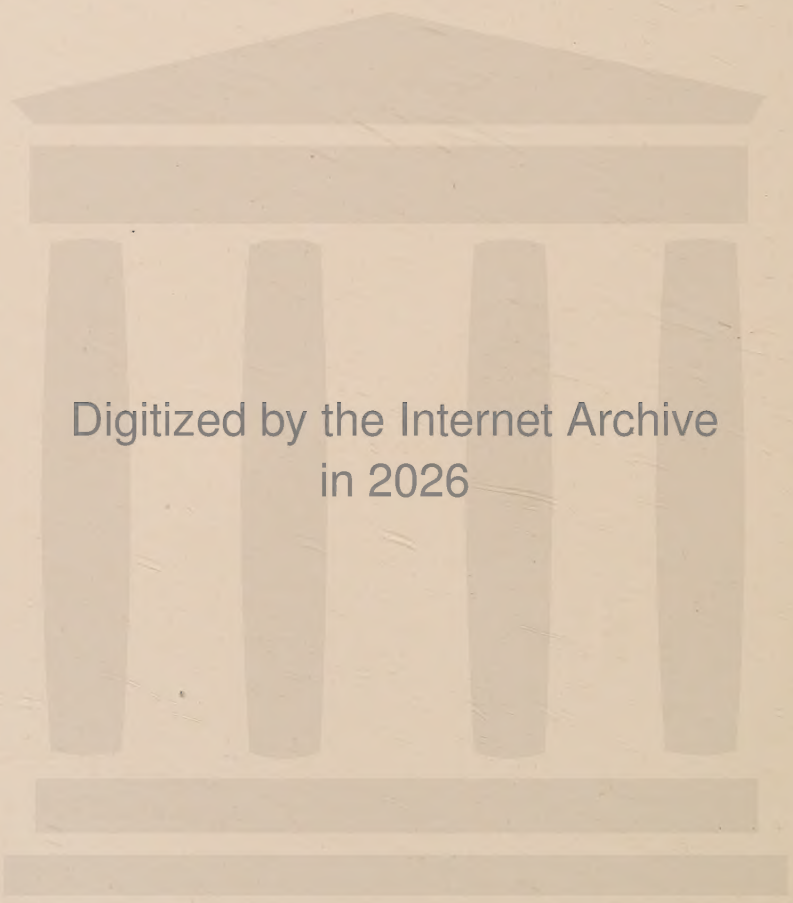
Né à Nay (Basses-Pyrénées), le 18 Septembre 1932.

Examinateurs de la Thèse

MM.	DELMAS-MARSALET, professeur	*Président*
	SARIC, professeur.....	*Juges*
	BERGOUIGNAN, agrégé.....	
	BLANC, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1957


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543917_0050

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1957 – N° 157

ASTHME ET PSYCHONÉVROSES

BALANCEMENTS PSYCHOSOMATIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 2 Octobre 1957

PAR

Jean-François-Jacques BLADÉ

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX
DIPLÔMÉ DE MÉDECINE TROPICALE
BREVETÉ MÉDECIN DE LA MARINE MARCHANDE
CERTIFIÉ DE PSYCHO-PHYSIOLOGIE

Né à Nay (Basses-Pyrénées), le 18 Septembre 1932.

Examinateurs de la Thèse

MM. DELMAS-MARSALET, professeur — *Président*
SARIC, professeur..... — *Juges*
BERGOUIGNAN, agrégé..... — *Juges*
BLANC, agrégé ..... — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1957

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPERIÉ, CHELLE, G. PORTMANN.

DOYEN : M. SIGALAS. — ASSESSEUR : M. TAYEAU.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, CREYX, MAURIAC, GOLSE.

PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.	
G. PORTMANN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie
F. PAPIN	Clinique chirurgicale
R. SIGALAS	Zoologie et parasitologie
E. AUBERTIN	Clinique médicale et des maladies infectieuses
X. J. DUBECQ	Clinique odonto-stomatologique
G. VITTE	Pharmacie
R. FABRE	Physiologie
P. DELMAS-MARSALET	Clinique des maladies nerveuses et mentales
C. JOULIA	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
M. RIVIERE	Clinique d'accouchements
R. DE GRAILLY	Clinique médicale
R. DARGET	Clinique des maladies des voies urinaires
P. DERVILLEE	Médecine légale et médecine du travail
A. FONTAN	Clinique médicale des maladies des enfants
F. PIECHAUD	Hygiène et Clinique de la tuberculose
C. PIFFAULT	Physique médicale et pharmaceutique
R. CASTAGNOU	Toxicologie et hygiène appliquée
J. REBOUL	Electroradiologie et clinique d'électricité médicale
L. MASSE	Clinique chirurgicale
R. GIRARD	Botanique et cryptogamie
P. MESNARD	Chimie

MM.	
R. DUFOUR	Anatomie
P. BROUSSET	Clinique médicale
J. MAGENDIE	Clinique gynécologique
F. TAYEAU	Chimie biologique et médicale
G. MAYER	Anatomie générale et histologie
P. BLANQUET	Physique pharmaceutique (T. P.)
R. SARIC	Pathologie générale et expérimentale
L. POUYANNE	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
J.-J. DUBARRY	Hydrologie thérapeutique et climatologie
F.-J TRAISSAC	Thérapeutique
R. PAUTRIZEL	Immunologie (T. P.)
G. MOUSTARDIER	Bactériologie
A. LACHAPELE	Carcinologie
P. CAZAUX	Hydrologie pharmaceutique (T. P.)
E. BESSIERE	Clinique ophtalmologique
H. LEGER	Anatomie pathologique et microscopie clinique
J. MASQUELIER	Matière médicale
G. MORETTI	Médecine et hygiène tropicales et Clinique des maladies exotiques
P. LAUMONIER	Pathologie et clinique chirurgicales
J. LENG-LEVY	Pathologie médicale

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

M. MAHON (Obstétrique), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. DESPONS (Oto-rhino-laryngologie),

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

MM.	
R. GOLSE	Pharmacie (1re Section)
F. RIGAUD	Anatomie
E. NEUZIL	Biochimie médicale
J. FAURE	Pathologie expérimentale

MM.	
R. QUILICHINI	Pharmacie (2e Section)
R. STOLL	Histologie
H. CABANIE	Anatomie
J. DUHAMEL	Physique médicale
P. ROMAIN	Pharmacie (1re Section)

CHARGÉS DES FONCTIONS DE MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

MM. J. MARQUEVIELLE (Biochimie médicale); J. BIRABEN (Anatomie pathologique)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	
P. LE COULANT	Dermatologie et syphiligraphie
M. BERGOUIGNAN	Médecine générale
J. CHAVANNAZ	Chirurgie générale
P. VERGER	Pédiatrie et puériculture
J. LANGE	Urologie
L. CHASTRUSSE	Obstétrique
P. L'EPEE	Médecine légale et médecine du travail
J. VILLAR	Chirurgie générale
R. TINGAUD	Chirurgie générale
J. DEPAULIS	Chirurgie générale
A. LAVIGNOLLE	Médecine générale

MM.	
G. FAUGERE	Obstétrique
P. BENOIT	Odonto-stomatologie
C. MARTIN-DUPONT	Médecine générale
J. DAVID-CHAUSSE	Médecine générale
J. RIVIERE	Médecine générale
P. DARMAILLACQ	Chirurgie générale
L. CORCELLE	Ophtalmologie
M. PORTMANN	Oto-rhino-laryngologie
P. FREOUR	Pneumo-phtisiologie
M. BLANC	Neurologie et psychiatrie

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	
P. MAHON	Obstétricie sociale
J. DESPONS	Oto-rhino-laryngologie
L. CHASTRUSSE, G. FAUGERE	Accouchements
P. VERGER, G. PERY	Puériculture
F. COUSTOU	Législation pharmaceutique
H. LAUBIE	Cryptogamie
G. TEMPERE	Organographie et physiologie végétale
R. NIVET	Chimie biologique analytique
R. BABIN	Chimie analytique
J. VILLAR, J. CHAVANNAZ, R. TINGAUD, F. LAPORTE	Pathologie chirurgicale

MM.	
J. BAILENGER	Zoologie pharmaceutique
Mme LINQUETTE	Physiologie
Mlle LARCEBAU	Toxicologie et Hygiène
R. CORTESI	Phytopharmacie
J.-M. AUBY	Droit médical international
P. L'EPEE	Médecine légale
J. RIVIERE	Séméiologie médicale
J. DEPAULIS	Séméiologie chirurgicale
R. STOLL	Embryologie
DULONG DE ROSNAY	Bactériologie
M. BERGOUIGNAN, A. LAVIGNOLLE	Pathologie médicale

Le Secrétaire principal de la Faculté : André GAYRAUD

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE
ET DE LA FACULTÉ

A MES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE
ET DE LA FACULTÉ

A MES PATRONS DE L'EXTERNAT

A MES AMIS DU CENTRE JEAN ABADIE

AU DOCTEUR PHILIPPE PARROT

Dont l'attention amicale est souvent
venue simplifier notre tâche.

A MONSIEUR L'ABBÉ LURTON

AUMÔNIER DE LA MARINE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE 2e CLASSE LE BRETON

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE 1939-1945

CROIX DE GUERRE DES T. O. E.

CHEVALIER DES PALMES ACADÉMIQUES

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2e CLASSE FUCHS

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE DES T. O. E.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR M. BLANC

AGRÉGÉ DE NEURO-PSYCHIATRIE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

DIRECTEUR D'ÉTUDES DE LA SECTION DE PSYCHOPATHOLOGIE
(INSTITUT DE PSYCHOLOGIE)

Avec l'assurance de notre profond respect et de notre gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR M. BERGOUIGNAN

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CROIX DE GUERRE 1939-1945

OFFICIER DES PALMES ACADÉMIQUES

Qui nous a inspiré ce travail.
Il a été le Maître qui nous a formé, celui qui a orienté notre carrière et marqué notre pensée.
Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR René SARIC

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET EXPÉRIMENTALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER DES PALMES ACADÉMIQUES

Il nous a montré une médecine vraie et humaine, où l'on soigne avec son cœur et son jugement le malade et non une maladie.
Nous le remercions de tout ce que nous lui devons.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELMAS-MARSALET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DES PALMES ACADÉMIQUES

Qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse.
Il nous a révélé le monde passionnant des maladies nerveuses et mentales, suscitant notre enthousiasme et notre foi.
Qu'il en soit respectueusement remercié.

ASTHME ET PSYCHONÉVROSES

BALANCEMENTS PSYCHOSOMATIQUES

INTRODUCTION

Le problème des balancements psychosomatiques a suscité dans la psychiatrie classique un intérêt considérable, en particulier en France au cours du XIXe siècle. La médecine psychiatrique restait alors imprégnée de pensée hippocratique, et dans la mesure où celle-ci était sous-tendue par un « vitalisme » plus ou moins nettement formulé, le déroulement des phénomènes pathologiques ne prenait tout son sens que dans la perspective des réactions significatives de l'organisme tout entier.

A partir de la fin du XIXe siècle, les progrès des techniques biologiques orientent la recherche médicale vers l'analyse des processus fragmentaires et la pathologie d'organe, en rejetant dans l'ombre une approche plus globale de l'homme malade. Mais en France, dès 1930, BARUK, après BAUER, s'attache à l'étude approfondie des alternances morbides et propose le terme de balancement psychosomatique (1936) ; ce terme, ne préjugeant d'aucun mécanisme, souligne l'alternance de certaines manifestations pathologiques. De son côté, M. le Professeur P. MAURIAC rappelait volontiers les répondants illustres que la doctrine des « maladies médicatrices » avait, en dehors d'HIPPOCRATE et de GALIEN, comptés au cours des siècles : il citait particulièrement CHARCOT et Claude BERNARD, et soulignait l'intérêt toujours actuel de ces observations.

Nous cherchons aujourd'hui des synthèses; mais une certaine confusion provient du fait que les connaissances ne

progressent pas à la même vitesse. Tantôt l'investigation distance la théorie et tantôt la théorie devance l'observation. Dans les deux cas, l'ajustement de l'une à l'autre est difficile et nous enregistrons alors des généralisations d'ordre spéculatif qui doivent souvent être abandonnées. Cependant, certaines formulations synthétiques existent, mais elles sont formulées tantôt en termes d'immunologie, tantôt en termes d'endocrinologie, ou encore en termes psychanalytiques. Nous ne pouvons espérer de formation unique que dans la mesure où ces moyens d'investigation de la personne humaine convergent.

C'est pourquoi, dans notre travail, après avoir étudié, tant du point de vue historique que des observations, les troubles mentaux avérés d'allure psychotique ou névrotique dont l'évolution paraît alterner avec des crises d'asthme, nous essaierons d'aborder la personnalité de « l'homme asthmatique » dans ses différents pôles. Nous chercherons enfin, en dehors des significations vitales d'ordre purement spéculatif, si des mécanismes concrets peuvent être appréhendés, en particulier si certaines maladies mentales d'une part, et certaines affections allergiques d'autre part, ne trouvent pas dans l'« allergie organique » une sorte de dénominateur commun.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET ESSAI DE CLASSEMENT NOSOGRAPHIQUE DES BALANCEMENTS PSYCHOSOMATIQUES EN GÉNÉRAL

Comme nous l'avons vu, le curieux phénomène de balancement psychosomatique avait déjà frappé les médecins de l'antiquité. Mais c'est surtout au cours du XIX^e^ siècle, après PINEL et ESQUIROL, que les observations se multiplient.

Nous avons classé dans deux groupes d'observations les principaux faits cliniques où, selon leurs auteurs, les syndromes psychiques et somatiques semblent interférer entre eux avec prédilection.

Le premier groupe correspond plus particulièrement aux « maladies curatrices » des auteurs classiques. Il s'agit surtout de maladies infectieuses fébriles qui sévissaient dans les hôpitaux psychiatriques du XIX^e^ siècle. Au moment de leur acmé, elles s'accompagnaient souvent d'une spectaculaire rétrocession des troubles mentaux. Plus rarement un traumatisme grave ou une hémorragie sévère peuvent être incriminés. L'ensemble assez disparate de ces maladies semble donc avoir la valeur générale d'un « stress » accidentel non spécifique, réalisant une *menace dramatique* pour l'organisme.

Dans le deuxième groupe d'observations, dont les relations cliniques n'apparaissent pas dans la littérature avant

la fin du XIXe siècle, le balancement semble tout autre. Il s'agit maintenant d'un véritable jeu de bascule où le même malade présente alternativement une maladie mentale caractérisée, puis une maladie organique. Nous avons groupé ces observations sous la rubrique générale de « maladies vicariantes ». Mais nous réserverons aux balancements entre l'asthme et les maladies mentales un chapitre à part où nous essayerons de montrer comment les réactions du sujet sont exprimées tantôt en style psychologique, tantôt en style somatique, en langage tissulaire.

I. — MALADIES INTERCURRENTES AIGUËS CURATRICES DE TROUBLES MENTAUX

Il ne saurait être question de dresser ici un inventaire complet des maladies aiguës dont la littérature rapporte l'interférence heureuse sur l'évolution d'une maladie mentale. Nous renvoyons sur ce sujet à la thèse de J. Mathey (1938), dont les références historiques couvrent la plus grande partie du XIXe siècle et comportent les plus grands noms de la psychiatrie classique. Déjà, en 1838, dans son « Traité des maladies mentales », Esquirol écrivait : « La folie se complique très souvent avec les affections des poumons, du cœur, des intestins, de la peau, soit que ces dernières maladies aient précédé la folie et aient cessé lorsqu'elle a éclaté, soit qu'elles marchent simultanément ou alternent avec elle... Les aliénés ne sont pas à l'abri des maladies intercurrentes épidémiques; celles-ci ont souvent une influence plus ou moins marquée sur la folie, soit qu'elles en suspendent la marche, soit qu'elles la fassent cesser. »

Parmi ces grandes épidémies d'asile, nous retiendrons surtout celles de fièvre typhoïde. Les résultats publiés au siècle dernier en sont fort variables et il faut attendre 1912, avec Becker, pour trouver une statistique suffisamment précise. Cet auteur a observé à l'asile de Weilmunster

82 cas de typhoïde dont 22 mortels, et il constate une proportion très notable d'améliorations ou de guérisons dans le groupe des psychoses endogènes maniaco-dépressives et hébéphréno-catatoniques. Par contre, il ne relève aucun cas favorable dans la paranoïa ou dans les psychoses « organiques » par artériosclérose, démence sénile ou paralysie générale.

Les grandes fièvres éruptives comme le typhus exanthématique, la variole, et même la rougeole auraient la même influence. Mais c'est surtout l'érysipèle qui compte les résultats les plus spectaculaires, au point que, vers la fin du siècle dernier, Wagner-Jauregg songe d'abord à l'inoculer dans ses premiers essais thérapeutiques. Mais il choisira finalement le paludisme qui compte également à son actif des améliorations remarquables.

En 1892, Camusset constate de même à l'asile de Bonneval, au cours d'une épidémie de choléra, de fréquentes rémissions dans les psychoses expansives de type maniaque, mais aucune amélioration n'apparaît dans les états dépressifs ou les délires systématisés.

Au cours de l'épidémie de grippe de 1919, c'est surtout à la faveur de complications pulmonaires graves, comme abcès du poumon ou pneumonies lobaires, que l'on signale, avec Moreira, la guérison de troubles mentaux.

Dans la thèse de Bauer, parue en 1924, on trouvera l'influence salutaire d'une pleurésie. Le Professeur agrégé Bergouignan a pu observer un cas semblable il y a quelques années : une jeune institutrice présente, en 1945, un délire de type paranoïde avec agitation incohérente. Après une série de 25 électrochocs, elle entre confuse et gâteuse dans un asile dont elle sortira quelques mois plus tard avec un syndrome « psychasténique ». Mais, en 1947, survient brutalement une pleurésie sérofibrineuse aiguë. Dès lors, le sentiment d'incapacité, l'inadaptabilité de la malade disparaissent radicalement, et la guérison sera totale pendant plusieurs années.

Citons encore les thromboses vasculaires, qu'elles soient vasculaires ou veineuses, mais, dans ce dernier cas, l'observation de Baruk, publiée dans la thèse de Mathey, montre qu'il s'agit d'un syndrome somatique complexe avec hyperthermie où la phlegmatia n'apparaît pas très nettement.

Les suppurations localisées du tissu cellulaire : abcès, phlegmons, anthrax, furoncles, ont paru avoir bien souvent une action favorable. D'ailleurs, pour certains psychiatres, l'abcès de fixation est resté longtemps une thérapeutique de choix dans la cure du délire aigü. Mais il faut reconnaître que les résultats observés étaient souvent bien décevants. Déjà, Esquirol ne soulignait-il pas que la « nature » donne de meilleurs résultats que l'« art » du médecin ?

Les balancements entre tuberculoses viscérales et psychoses ont suscité depuis longtemps une abondante littérature. Mais au lieu de maladies aiguës, de « stress » véritable, l'atteinte somatique paraît maintenant de type chronique. En réalité, il s'agit toujours de bacillose aiguë ou de poussées évolutives hyperthermiques au cours de tuberculoses chroniques, de sorte qu'il y a lieu de verser ces observations dans le même groupe. Mais faut-il incriminer ici la responsabilité d'un germe tuberculeux qui serait tantôt un bacille très actif, tantôt un virus atténué, selon la théorie appliquée vers 1930 à la psychiatrie par Toulouse, ou doit-on faire intervenir les réactions variables du terrain, et en particulier de l'état d'allergie, comme le soutenait Baruk ? Cette dernière conception, on le sait, s'impose de plus en plus aujourd'hui.

Les infections graves n'ont pas le monopole de ces améliorations psychiques puisqu'on a pu en observer après des traumatismes sévères ou des hémorragies abondantes. Retenons encore les curieuses et spectaculaires améliorations signalées depuis longtemps chez des psychopathes invétérés dans les heures ou les jours qui précèdent la mort. Bien des psychiatres ont été témoins de ces « guérisons » préagoniques de vieux délirants ou de vieux cata-

toniques. Il semble que de telles rémissions surviennent lorsqu'une complication mortelle s'installe .brusquement dans un tableau de grave atteinte de l'état général.

Tels sont les principaux faits cliniques que nous avons sommairement rappelés dans la première partie de ce chapitre. Plus rares aujourd'hui du fait même de la régression générale de la pathologie infectieuse, ils n'en gardent pas moins une importance théorique incontestable. Essayons d'en dégager quelques conclusions générales.

A. — Maladies mentales en jeu

La littérature comporte presque exclusivement des observations de psychoses endogènes, ainsi que l'avait noté Becker dans sa propre statistique. Les « délires furieux » (Esquirol) semblent plus influençables que les dépressions, mais il est peu question de névroses. Ceci peut être purement fortuit et s'expliquer par le fait que les observations ont presque exclusivement été recueillies dans des asiles au cours de grandes épidémies. Notons qu'il n'existe aucune correspondance précise entre telle maladie et telle affection mentale.

B. — Maladies somatiques intercurrentes

Une seule condition les unit : il s'agit toujours de maladies aiguës à cortège bruyant, où l'organisme a été soumis à une situation traumatisante qui le met violemment en jeu. Ce caractère fait la liaison entre certaines maladies infectieuses hyperpyrétiques, certaines thromboses artérielles aiguës et les rémissions préagoniques.

II. — MALADIES « VICARIANTES » ALTERNANT AVEC DES MANIFESTATIONS MENTALES

Malgré leur parenté incontestable avec le groupe précédent, les syndromes cliniques que nous étudierons maintenant présentent des particularités qui permettent de les classer à part. C'est selon l'affection somatique en cause que nous ordonnerons notre exposé.

Bon nombre d'affections organiques dont la composante végétative paraît considérable semblent avoir la curieuse propriété d'alterner avec des manifestations mentales pathologiques. Spiegelberg insiste beaucoup sur les troubles digestifs, et décrit des ulcères du pylore et du duodénum qui alternent avec des dépressions endogènes. Browning et Houseworth, dans un article écrit en 1953, parlent de tels balancements avec des névroses. Récemment, Ziwar a pu observer des alternances de recto-colites hémorragiques et d'états dépressifs. Il semble bien que, dans tous ces cas, il se soit bien agi de maladies tissulaires « organiques » et non de troubles fonctionnels participant à un syndrome névrotique.

Les exemples de balancement sont plus nombreux pour les maladies cutanées allergiques. Tinel et Lamache (1928) rapportent des observations d'alternances entre eczéma, urticaire et troubles psychiques. Mais Pilcz avait déjà noté l'apparition d'exanthème avec la disparition d'un état dépressif. Costa souligne les liens évolutifs entre asthme, neurodermatose et démence précoce. En 1949, Funkenstein note l'alternance d'asthme, de psychose et d'urticaire. Dans sa thèse, en 1953, Mme Susbielle ajoute le psoriasis aux nombreuses dermatoses pouvant se substituer à des troubles mentaux.

Tinel et Lamache rapportent encore la coexistence de migraines et d'accès de dépression ou d'excitation. En général, il y a succession, la psychose a pour ainsi dire

remplacé la migraine ou s'est substituée à elle. Mais il peut aussi y avoir alternance : il s'agit alors de sujets dont les migraines disparaissent pendant toute la durée de la crise dépressive, anxieuse ou maniaque et qui reparaissent pendant la période intercalaire. Baruk a pu encore écrire en 1931 : « La migraine est fréquente chez les obsédés et parfois même elle est nettement intriquée avec le paroxysme obsédant, comme chez un de nos malades chez lequel l'obsession apparaissait chaque fois brusquement à la fin d'une crise de migraine. »

Les troubles mentaux du rhumatisme articulaire aigü surviennent généralement à la fin de la poussée rhumatismale, comme si, là encore, il y avait balancement entre troubles somatiques et mentaux. Certains auteurs, dont Grenet, en 1949, ont souligné la disparition soudaine des douleurs articulaires au moment de l'apparition des troubles mentaux. Inversement, dès 1862, Marcé avait déjà vu « ...un rhumatisme articulaire aigü faire disparaître complètement pendant quinze jours un état de stupeur devenu chronique, mais la maladie mentale reparut à mesure que le rhumatisme approchait de sa fin. » Griesinger, dans son « Traité des maladies mentales » (1865), décrit le cas d'une malade atteinte d'un délire mélancolique avec agitation qui durait depuis plusieurs années; survient une crise de rhumatisme articulaire aigü, la malade se calme, son délire se dissipe, mais la suppression de la maladie articulaire fait apparaître de nouveau les troubles mentaux; pendant trois mois, les signes psychiques alternent avec les phénomènes articulaires; finalement, la malade retrouve une santé parfaite et sort guérie de l'hôpital.

Les psychoses cortisoniques ont pu être également interprétées comme des phénomènes de substitution morbide. Mc Laughlin, Zabarenko et Diana, en 1953, ont étudié les réactions d'une série de malades aux injections d'A. C. T. H. Ils concluent que l'amélioration la plus nette survient chez les patients capables d'employer de façon utile l'énergie

agressive fixée sur leur trouble. Pour cela, il faut que les patients ne soient pas sous le coup d'une tension émotionnelle (stress) trop grande; sinon cette énergie libérée est immédiatement investie à nouveau dans une dynamique pathologique, et rechutes ou troubles psychonévrotiques apparaissent.

Nous voyons donc que les balancements psychosomatiques représentent un phénomène très général. Mais c'est surtout aux balancements entre l'asthme et les psychonévroses que nous voulons nous attacher maintenant.

CHAPITRE II

LES BALANCEMENTS PSYCHOSOMATIQUES ENTRE L'ASTHME ET LES MALADIES MENTALES

Les descriptions des balancements psychosomatiques entre l'asthme et les maladies mentales apparaissent bien tardivement dans la littérature : Kelp, le premier, relate en 1872 une observation où l'asthme bronchique alternait avec une psychose et souligne la relation « vicariante » entre ces deux états. Il y revient en 1885 et indique qu'il n'a trouvé aucune observation semblable dans la littérature.

Mais à partir de cette époque, les observations se succèdent. La même année, Norman parle de « folie alternant avec l'asthme » chez sept de ses malades et il cite des observations analogues de l'auteur anglais Savage.

On trouve ensuite une publication de Schubert qui décrit des états maniaco-dépressifs chez certains asthmatiques. Un chapitre de la monographie de Pilcz fait état de plusieurs références des travaux de Reichmann, de Costa et de Rehm.

Au début du siècle, Kirschbaum présente des observations particulièrement démonstratives : chez dix de ses asthmatiques, les symptômes respiratoires s'évanouirent à l'apparition d'une psychose grave. Il en fut de même pour un rhume des foins qui ne se reproduisit plus dès l'installation d'une catatonie sévère.

La littérature française comporte également plusieurs références. Nous citerons au hasard de nos recherches bibliographiques Raffegeau, Mignon et Leulier qui, dans une étude de 1911 sur les « métastases mentales » chez l'asthmatique, notent le remplacement d'une crise d'asthme par une crise mentale. Sergent, en 1930, signale une observation identique, tandis que Sandri, la même année, rapporte encore un cas d'alternance entre l'asthme des foins et la psychose maniaco-dépressive.

Mais, en 1928, Tinel et Lamache avaient déja publié dans *l'Encéphale* une étude portant sur les relations de la psychose maniaco-dépressive avec les crises de migraine, l'asthme, l'urticaire et l'épilepsie. Ces auteurs signalent qu'il y a généralement succession, mais il peut aussi y avoir alternance : les sujets voient alors disparaître leur asthme pendant toute la durée de la crise dépressive, anxieuse ou maniaque, mais celui-ci reparaît pendant la période intercalaire. Ce sont leurs observations, publiées dans *l'Encéphale,* que nous reproduisons ici.

Observation I

Asthme et psychose périodique

(Tinel et Lamache)

M. T..., âgé de cinquante-deux ans, traînait depuis cinq ou six mois une *crise dépressive anxieuse* très caractérisée. Il en avait déjà présenté du reste depuis une dizaine d'années trois ou quatre semblables, mais beaucoup moins profondes et plus courtes.

Il y a six mois, le malade me téléphone avec joie que la crise vient de se terminer brusquement. Mais, le soir même, apparition d'une violente crise d'asthme qui a duré plusieurs mois, avec paroxysmes nocturnes quotidiens. Quelques accalmies ont été obtenues par des injections de peptone ou de vaccin de Minet. Mais la sédation de la crise a surtout coïncidé avec la formation sur un doigt de la main, après un traumatisme violent, de tophi goutteux.

Observation II

Asthme et psychose périodique

(Tinel et Lamache)

M^me^ C..., quarante-sept ans, sans enfant, a présenté depuis sa jeunesse un certain nombre de petites crises dépressives. Il y a trois ans, grande crise anxieuse avec tristesse, ennui, dégoût de la vie, idées de suicide et phobie tenace de contagion du cancer.

Il y a un mois, elle a été prise d'une *crise dépressive anxieuse* semblable, très violente, avec même phobie du cancer. Mais depuis plusieurs années, cette femme est atteinte d'asthme qui s'est manifesté d'abord par des crise périodiques assez violentes survenant cinq à six fois par an et persistant une dizaine de jours. Puis l'asthme s'est modifié depuis cinq ans environ. Il s'est atténué, mais est devenu à peu près continu sous forme de petites crises asthmatiques qui surviennent tous les soirs en se couchant et persistent de vingt à trente minutes.

En même temps s'est installé chez elle un état à peu près permanent d'hydrorrhée nasale avec sécrétions muqueuses abondantes durant toute la journée, véritable « rhume de cerveau chronique ».

Or, il y a trois ans, pendant toute la durée de la crise anxieuse, les crises d'asthme ont été supprimées ainsi que l'hydrorrhée nasale. C'est celle-ci qui, quelques jours après la fin de la crise, a d'abord reparu, puis, une quinzaine de jours après, les crises nocturnes d'oppression.

Cette fois-ci, la crise anxieuse apparue depuis un mois a de nouveau supprimé complètement l'asthme et les sécrétions nasales.

Observation III

Asthme et psychose périodique

(Tinel et Lamache)

M. P..., cinquante ans, présente depuis une dizaine d'années des crises d'asthme qui surviennent environ deux ou trois fois par an et persistent chaque fois pendant plusieurs semaines.

D'autre part, nous relevons chez lui une première crise

anxieuse nette il y a quatorze ans, ayant duré trois ou quatre mois; une seconde il y a cinq ans, durée : cinq à six mois. En juillet 1927, à la suite de soucis d'affaires, s'installe assez brusquement un état dyspeptique avec lourdeur, pesanteur, brûlures, inertie gastrique complète. Cet état s'accompagne de dépression manifeste, d'asthénie, d'insomnie et d'énervement avec battements de cœur et de quelques migraines assez violentes. Vers le 10 août, les troubles digestifs disparaissent en quelques heures avec une sensation inexprimable de bien-être et de libération. Mais, vers le soir, apparaît de nouveau la crise d'asthme qui persiste plusieurs jours, avec oppression presque constante, arrêt des sécrétions nasales, « nez en bois desséché », paroxysmes nocturnes très pénibles.

Quelques jours après, à l'occasion d'un ennui très léger, survient très brusquement un état anxieux, cœur serré, angoisse, tristesse, obsession des affaires, impuissance au travail; mais, en revanche, la crise d'asthme a d'emblée disparu complètement.

La crise anxieuse se prolongeait depuis plus d'un mois, acompagnée de troubles digestifs, de tristesse profonde, d'un « cafard » épouvantable, de pleurs, de diminution de la mémoire et de l'attention, d'obsessions de toutes sortes, lorsqu'elle est brusquement suspendue par une débâcle *diarrhéique* de vingt-quatre selles par jour, qui persiste trois jours, en s'atténuant du reste. Mais, quelques jours après cette accalmie, la crise anxieuse reprend sa course et dure jusqu'au milieu d'octobre. Elle cède à ce moment là à quelques injections de chlorure de calcium, mais avec reprise, quelques jours après, de la crise d'asthme qui disparaît enfin vers le milieu de novembre.

Tinel et Lamache concluent, au terme de leur étude, qu'il est possible que les alternances ou substitutions soient plus apparentes que réelles, ou plus exactement que les crises d'excitation ou de dépression aient tout simplement, vis-à-vis des crises d'asthme, l'action suspensive que possèdent, comme on le sait, les affections fébriles et les maladies intercurrentes. Mais, ajoutent-ils, « il est possible

également que les différentes affections telles que l'asthme, l'urticaire ou l'eczéma, qui sont assez fréquemment alternées ou associées chez un même sujet, qui d'autre part se montrent sensibles aux mêmes influences physiologiques telles que les règles, la grossesse, l'émotion ou les maladies intercurrentes, qui se rencontrent dans les mêmes familles et sur les mêmes terrains, qui évoluent semblablement par crises ou par accès, qui présentent toutes un caractère si nettement humoral et de semblables perturbations de tout le tonus neuro-végétatif, constituent en réalité une véritable famille pathologique, reliées les unes aux autres par une parenté des causes biologiques et des mécanismes pathogéniques qui les conditionnent ». Et les auteurs ajoutent, touchant ainsi de très près un sujet qui nous intéresse plus particulièrement : « lorsqu'on voit ces actions substitutives remarquables et ce silence des unes (maladies) qui suit l'apparition des autres, on ne peut s'empêcher d'évoquer les phénomènes d'anaphylaxie qui, après un choc donné, rendent momentanément réfractaire à tout autre choc ».

J. Mathey, dans sa thèse (1938), a observé de nombreux cas d'alternances et de substitutions morbides. Mais, pour lui, les troubles somatiques alternent avec des troubles mentaux divers et non uniquement avec des psychoses périodiques, ainsi qu'en témoignent ses observations.

Observation IV

Asthme et dépression mélancolique

(Jean Mathey)

M^lle^ Sch..., soixante ans, présente à son entrée un état de dépression mélancolique : elle gémit et pleure, elle se cache pour s'isoler, un rien suffit pour l'effrayer; elle a peur de répondre aux questions qui lui sont posées; elle croit qu'on va l'empoisonner, elle refuse les médicaments, car elle craint qu'on lui fasse boire de l'acide sulfurique; elle dit qu'elle n'a

rien fait, qu'elle n'est pas coupable. Cet état persiste depuis trois mois et demi et, peu à peu, elle s'améliore et sort tout à fait guérie.

Elle a déjà eu trois accès semblables, tous ces accès sont survenus au mois d'avril et ont été précédés par des crises d'asthme très intenses, obligeant la malade à rester chez elle : ces crises d'asthme durent tout l'hiver et disparaissent complètement au moment de l'apparition de son état dépressif; elle a ces crises d'asthme depuis l'âge de vingt ans et elles n'ont complètement disparu qu'au cours de ces quatre accès dépressifs qui ont duré quatre à cinq mois chacun.

Observation V

Asthme et obsessions

(Dr Baruk, publiée par J. Mathey)

Mme C... vient consulter parce qu'elle a des obsessions : elle ne peut pas s'approcher d'une fenêtre, car elle se sent poussée à se jeter dans le vide. Quand elle se trouve en face de quelqu'un, elle doit lutter contre elle-même pour ne pas lui faire mal : griffer ou mordre. Depuis quelques jours, elle a une idée qui la pousse à se détruire, elle lutte de toutes ses forces et est effrayée car elle n'a nulle envie de mourir.

Le début de ces troubles date de trois ou quatre mois après un accouchement, elle s'est sentie très fatiguée et inquiète, elle a lutté contre ses inquiétudes et, peu à peu, elle a eu l'impression que sa personnalité était dédoublée; il y avait deux personnes en elle, une essayant de raisonner l'autre. C'est ainsi que, progressivement, sont apparues les obsessions pour lesquelles elle vient consulter.

Dans ses antécédents, on note des crises d'asthme qui ont débuté vers l'âge de seize ans; elles ont été très fréquentes pendant le huitième mois de sa grossesse. Elles n'ont complètement disparu que pendant la période des obsessions, actuellement elles reparaissent et ses obsessions sont nettement moins fortes.

Observation VI

Asthme familial et psychose périodique

(Jean Mathey)

Mme B... a un père asthmatique. Son frère a eu de l'asthme infantile qui a guéri à partir de l'âge de dix ans, mais, depuis, il est très fatigable et a des périodes de dépression. Son oncle est asthmatique.

La malade a depuis quelques années, à la suite d'une bronchite, des crises d'asthme; alternant avec ces crises d'asthme, elle a eu de petites périodes de dépression, mais très légères; puis, à la suite de gros chocs affectifs (elle avait un mari extrêmement violent, elle a divorcé...), elle s'est sentie très fatiguée et, il y a trois semaines, elle a fait une grande crise de dépression (cette crise était mixte par moment : énervement... rires...), avec idées de suicide. Depuis quelques mois, les crises d'asthme ont complètement disparu; mais, ces jours-ci, l'asthme reparaît et les troubles mentaux et la dépression ont complètement disparu.

La littérature psychosomatique de ces dernières années comporte un assez grand nombre de références. Funkenstein, en 1949, cite trois cas d'alternance entre asthme et psychose. En 1952, Sabbath et Luce apportent une statistique assez considérable qui montre toute la difficulté du problème : ils étudient 32 psychopathes atteints de manifestations asthmatiques; chez 19 d'entre eux l'asthme avait précédé la psychose mais persista pendant celle-ci; chez 11 autres, l'asthme alterna avec les manifestations mentales; dans les 2 derniers cas, il était impossible d'établir des relations précises. Il semblerait donc, à lire cette statistique, qu'on ne peut établir aucune règle dans les interférences entre asthme et maladie mentale caractérisée, et l'on pourrait se demander si le hasard seul n'est pas responsable des évolutions parallèles ou alternantes de deux syndromes par ailleurs fort fréquents. C'est ainsi que pour Leigh, dans

un article de 1953, la notion de balancement n'apparaît pas comme scientifiquement évidente.

Ces réserves méritaient d'être rapportées, mais, pour notre part, nous ne saurions les partager. Avec notre Maître, M. le Professeur agrégé BERGOUIGNAN, nous avons eu l'occasion d'observer, dans le Service de M. le Professeur DELMAS-MARSALET, quelques malades qui nous ont paru particulièrement démonstratifs. C'est une de ces observations que nous résumerons maintenant.

OBSERVATION VII

Asthme et idées obsédantes avec céphalalgies

(Professeur agrégé BERGOUIGNAN)

M^me^ L..., trente-quatre ans, est une jeune cultivatrice sans enfants, entrée le 6 mai 1956 dans la clinique du Professeur DELMAS-MARSALET pour un état d'excitation psychomotrice. Cette malade, très énervée depuis quelques mois, manifeste une vive agressivité vis-à-vis de sa mère et de son mari. Trois jours avant son hospitalisation, M^me^ L... s'était levée dès l'aube pour casser les pots de fleurs et déchirer un tapis. Son mari l'avait trouvée armée d'un pinceau, badigeonnant meubles et murs...

Pendant les premiers jours de son hospitalisation, elle reste très agitée, volubile, mais non désorientée dans le temps ou dans l'espace. Le contact avec la malade est facile et elle s'explique volontiers sur son état, exprimant une vive agressivité contre son mari ainsi que des idées délirantes mystiques. Depuis quelques mois, cette jeune femme est devenue particulièrement pieuse, va souvent prier à l'église, et, récemment, elle a vu à plusieurs reprises la Vierge lui faire des sourires et des signes de la main. Chez elle, une statue de la Vierge lui donne des conseils en répondant à ses questions par oui ou par non..., c'est ainsi que notre malade ne mange plus du sucre... Elle croit également depuis quelques jours que sa mère est morte.

Un traitement au Largactil est entrepris. Huit jours après l'hospitalisation, la malade est calme, encore un peu volu-

bile; elle commence à critiquer ses idées délirantes et nous raconte son passé :

A six mois elle présenta de l'eczéma. Celui-ci disparut à deux ans pour faire place à de l'asthme. Jusqu'à neuf ans, cet asthme aurait été intense et quasi permanent; les crises, extrêmement violentes et nocturnes, obligeaient ses parents à la prendre tour à tour avec eux; l'amélioration survenue à neuf ans semble coïncider avec le départ de sa sœur de dix ans plus âgée qu'elle.

Or cette sœur joue un rôle très important dans la vie de la petite fille. L'aînée n'a pas accepté la venue du bébé dans le foyer. Très vite, elle manifeste une vive jalousie à l'égard de sa petite sœur, la battant, refusant de jouer avec elle, elle « monte » ses parents contre la cadette. Mais celle-ci ajoute : « Heureusement, à cause de ma maladie, j'étais gâtée. » Notre malade semble avoir réagi à ce climat émotionnel par des troubles des conduites alimentaires; les repas sont une occasion pour l'aînée de sévir contre elle, aussi refuse-t-elle souvent de manger à table... On la soigne alors pour l'estomac ou le foie... Elle refuse surtout les friandises, toutes les gâteries, c'est-à-dire ce qui est très sucré, même lorsque de telles attentions viennent de sa mère. Elle aime manger entre les repas des légumes crus cueillis dans le jardin, elle suce des morceaux de bois, du pin surtout, dont elle aime l'odeur de résine. Mais comme, très jeune, elle suçait un jour un morceau d'acacia, sa sœur la corrige; depuis lors, elle est sensibilisée à l'acacia, dont la vue, l'odeur, le pollen déclenchent souvent des crises d'asthme. L'odeur du carbure joue pour elle un rôle analogue sans qu'elle puisse y trouver une explication.

Après le départ de sa sœur, l'asthme devient intermittent, les crises surviennent de préférence au printemps, à l'automne, plus rarement en été, mais jamais en hiver. A vingt-deux ans, mariage. Son mari se place comme métayer chez ses parents, mais elle doit cependant quitter la chambre « sèche » de ses parents, où elle dormait toujours, pour la chambre « humide » de son mari. L'asthme redouble, l'anorexie reparaît, la malade maigrit. A vingt-neuf ans, l'asthme cesse grâce à l'Aleudrine. Mais, ici encore, un interrogatoire plus long nous montre un autre aspect de cette évolution.

Jusqu'en 1950, le père avait conservé toute son autorité dans la propriété... mais les disputes étaient constantes avec le gendre et le jeune ménage souffrait de ne pouvoir organiser son travail à sa guise. A cette époque, le père renonce à ses prérogatives et abandonne la gestion du domaine à son gendre. La malade en est alors très heureuse, mais elle n'a pas confiance en son mari. Le rôle protecteur des parents cesse tout d'un coup; dès lors, les soucis l'envahissent, l'asthme disparaît, tandis que s'installent des idées obsédantes. Elle a peur que son mari ne se « débrouille » pas, qu'il soit trop désordonné et que son désordre déplaise au propriétaire. Un perfectionnisme, latent jusque là, s'affirme : elle veut tout contrôler, tout surveiller afin d'être sûre que ce soit bien fait, tant à la maison qu'à l'extérieur. Elle s'adonne à la tâche avec frénésie, ce qui la conduit vite au surmenage, elle a l'impression de ne pouvoir arriver à tout, « il faut tout le temps passer derrière lui », ajoute-t-elle en parlant de son mari. A ces soucis s'ajoutent la peur de pas assez gagner pour vivre, la peur des maladies pour le bétail, des orages, des gelées, de la sécheresse pour la terre. L'insomnie apparaît, et avec elle des maux de tête très violents que la malade n'avait jamais éprouvés dans le passé.

Ces maux de tête surviennent à tout instant, sans raison explicable et sans cause médicale décelable, ils durent presque toute la journée et la nuit, s'allient à l'insomnie pour persécuter la jeune femme qui se plaint souvent à sa mère de cet état pénible. Les remèdes n'apaisent pas les céphalées qui, localisées d'abord à la région temporale droite, gagnent toute la tête au cours des années suivantes. Cependant, avec la cessation des crises d'asthme et malgré les céphalées, l'appétit est revenu et la malade grossit. Cet état dure environ deux ans, jusqu'au jour où le feu se déclare dans une grange : ce jour là, nous déclare la malade, « ma tête s'est prise tout d'un coup. »

Mais son état va encore changer : les obsessions s'atténuent pour faire place à un état d'abattement, d'asthénie; la malade se plaint beaucoup, travaille avec peine, ne mange plus. Son entourage la considère un peu comme une malade imaginaire... elle se sent incomprise et son agressivité augmente,

ses caprices se multiplient, les discussions deviennent très vives entre la mère et la fille qui doivent bientôt se séparer. En février 1956, la propriété est mise en vente; le mari de la malade se propose comme acquéreur; ceci accroît la tension de la jeune femme qui insulte son mari et le traite d'incapable. Son agitation redouble alors et ne cessera guère jusqu'à la bouffée délirante du mois de mai.

Cette observation pose d'autres problèmes que ceux des relations entre asthme et névroses mais illustre bien le phénomène de balancement. Nous lui joindrons deux observations personnelles du Docteur Philippe Parrot, dont les malades, longuement suivis en psychothérapie, nous paraissent également très significatifs et permettent, pensons-nous, de mieux comprendre ces phénomènes.

Observation VIII

Asthme et névrose obsessionnelle

(Dr Philippe Parrot)

Jean B..., quarante-quatre ans, avocat, vient nous consulter pour une névrose obsessionnelle des plus gênantes, dont il souffre énormément; il a peur de se tromper dans les différentes tâches qui lui sont confiées, vérifie sans cesse les résultats de son travail et doute perpétuellement de tout ce qu'il fait. Ses vérifications sont multiples : vérification du compteur à gaz, des robinets, de la porte bien fermée, de la clef non oubliée, de la lumière bien éteinte, de la lettre bien mise à la boîte... Mais son doute obsédant prend aussi un tour plus métaphysique : « Qu'est-ce que la vie ? Dieu existe-t-il ? » Notre malade craint particulièrement d'accomplir des actes impurs et ne se lave plus les organes génitaux depuis deux ans. Mais une peur atroce domine toutes les autres : il a la hantise de prendre son enfant de deux ans dans ses bras pour le jeter dans un caniveau ou dans une cave.

Notre malade accompagne certains de ses actes d'un cérémonial spécial, d'un rite conjuratoire : il tousse trois fois avant de parler et ne saurait commencer une plaidoirie sans avoir tiré sept fois le lobe de ses oreilles.

Il s'agit donc d'une névrose obsessionnelle particulièrement structurée et gênante.

Biographie.

Aîné d'une famille de quatre enfants, M. B... a une sœur, mariée et mère de cinq enfants, dans l'enseignement. Une autre sœur est docteur en philosophie. Son frère, ingénieur, occupe un poste important dans l'industrie.

Son père, officier supérieur, est un homme rigide, extrêmement droit, au code moral très strict. Juste mais sévère, il a élevé sa famille avec un perfectionnisme extraordinaire, menant femme et enfants « à la baguette ». Ses exigences étaient inouïes : « à neuf mois, raconte le malade, on me laissait des heures sur le pot pour éduquer mes sphincters. » Sa mère, assez masochiste, paraît avoir aimé cette situation d'épouse bafouée.

Enfant, notre malade se révèle d'emblée un garçon très doué, délicat et fin. Ses petits camarades se moquent de lui et le traitent de petite fille, mais il récolte tous les premiers prix, pour donner, dit-il, l'exemple de la vertu à ses frères et sœurs. Son enfance se déroule sans heurts, mais déjà se dessine un amour du travail bien fait et de la perfection. A quatorze ans, il est en seconde; bon élève, très doué, il commence alors à présenter de l'arithmomanie, refait sans cesse ses calculs, a peur de se tromper dans ses problèmes et se ferme complètement aux mathématiques. Ce premier épisode obsessionnel dure six mois et s'accompagne d'une anxiété métaphysique : il s'interroge sur la destinée de l'homme, l'existence de Dieu et se sent très malheureux.

Mais, bientôt, ses obsessions disparaissent; il passe en première; cependant, il reste sceptique, méticuleux et particulièrement raisonneur. L'intelligence prompte et analytique, le mot facile, la réplique rapide, il se sent heureux, presque euphorique. Il passe les baccalauréats avec succès, entre à la Faculté de Droit et fait alors partie d'un mouvement de jeunesse catholique. Hypermoralisateur, très exigeant, il se tient à distance des filles, il est fier d'être chaste et le proclame. Mais, au cours d'un week-end de neige, une fille s'approche de lui et l'embrasse; il reste médusé et troublé...

« elle avait, dit-il, un parfum extraordinaire. » Trois jours après, il présente sa première crise d'asthme, violente mais de courte durée. Séduit par cette première expérience amoureuse, il trouve une petite amie, sort, s'amuse et réussit à son examen de fin d'année. C'est au cours de sa deuxième année de droit qu'il est repris par sa névrose obsessionnelle; les thèmes obsessionnels s'enrichissent et se structurent, lorsque survient la deuxième crise d'asthme. Il nous a été impossible d'en préciser l'origine, mais avec elle la névrose disparaît, en quelques jours le malade retrouve son dynamisme habituel. Dès lors commence une longue période de quinze ans; il mène une vie normale, réussit brillamment dans son métier, mais garde semble-t-il un petit fond obsessionnel : « je ne me suis jamais senti totalement décontracté. »

A trente-cinq ans, il se marie; sa femme a cinq ans de plus que lui, c'est un mariage d'amour. Le lendemain de la cérémonie, nouvelle crise d'asthme dans la nuit, avec sensation de mort imminente, battements violents dans les tempes, angoisse extrême. La crise cède bientôt, l'examen clinique, l'électrocardiogramme, les radiographies ne montrent rien de spécial et notre malade part se reposer à la montagne. Dès lors, il se sent heureux, euphorique; une seule ombre au tableau : le couple désire un enfant, mais rien n'arrive; cinq années passent, lorsqu'un jour notre avocat apprend que son rêve va se réaliser. Il fait alors un raptus obsessionnel particulièrement sévère et entre en maison de repos; les nombreux traitements sédatifs restent sans effet et un psychiatre propose même une lobotomie, lorsque survient une crise d'asthme : d'emblée ses obsessions redeviennent supportables, il reprend peu à peu ses activités mais garde toujours un fond obsessionnel, lorsqu'il nous est adressé.

Psychothérapie.

Dès les premiers contacts, le sujet se montre extrêmement réticent; raisonneur, agressif, il accepte mal la psychothérapie et se lance dans des discussions interminables. Devant la neutralité bienveillante du psychiatre, il se fâche parfois et devient franchement hostile. Il se rend irrégulièrement aux rendez-vous de son psychothérapeute, mais reste poli et le

prévient toujours à temps d'empêchements imaginaires. Cependant, avec le temps, une relation affective de bonne qualité finit par s'établir, et le malade parle enfin librement de son enfance.

— Le père, autoritaire et rigide, a marqué sa famille de sa forte personnalité; il a imposé à son fils une morale sévère, aux interdits nombreux et irrévocables. C'est à lui que notre malade doit un sur-*moi* hyperexigeant. A ce climat de crainte, l'enfant réagit par une énorme dépendance vis-à-vis de sa mère; il a peur qu'elle ne soit grondée ou battue par son père, ne peut la quitter sans pleurer, et guette son retour pendant des heures. Très affectueux, il lui fait souvent de petits cadeaux.

— Vis-à-vis de ses frères et sœurs, le rôle d'aîné ne lui plaît guère; il se sent trop petit, trop faible pour s'en occuper, mais il les aime bien.

La psychothérapie n'a avancé que très lentement. Le départ en vacances du psychothérapeute a plongé le malade dans l'anxiété; la reprise des entretiens a été marquée par une oppression respiratoire et, de nouveau, les obsessions sont redevenues mineures.

Observation IX

Asthme et névrose d'angoisse

(Dr Philippe Parrot)

Mme G... est une jeune institutrice de trente-quatre ans qui nous est adressée des Charentes pour névrose d'angoisse. La malade présente en effet des bouffées anxieuses avec impression de striction, de resserrement de la tête. Cette angoisse s'accompagne de phénomènes de dépersonnalisation avec sensation de morcellement. Depuis quelques années, cette jeune femme souffre en outre de crises d'asthme.

Biographie.

Notre malade est la fille unique d'une institutrice devenue veuve très tôt. Sa mère, très maternelle, perpétuellement inquiète pour la santé de l'enfant qui paraît fragile, lui voue

un amour exclusif et passionné. Les années passent, mère et fille vivent dans une étroite dépendance que rien ne vient troubler. Mais à quatorze ans, les sorties, les petites camarades éloignent l'enfant d'une mère captative et jalouse; les disputes éclatent, la fille se cabre et devient sourdement agressive. Les études, jugées trop fatigantes, sont interrompues après le brevet élémentaire, et la jeune fille suit des cours de couture.

Personnalité mièvre, sans beaucoup de caractère, elle n'envisage pas de se marier et songe plutôt à devenir religieuse; son curé l'en dissuade car il la trouve trop enfant. Très timide, surtout avec les garçons, elle passe ses journées à lire. Elle ne se sent ni heureuse, ni malheureuse, mais porte en elle un vague sentiment d'insatisfaction, se sent mal à l'aise et s'ennuie; les journées sont longues et toutes se ressemblent; le malaise s'accroît et devient anxiété; elle a une boule dans l'estomac, sa gorge se serre, son cœur bat très vite et très fort, elle attend sans y croire quelque chose qui changera sa vie. C'est alors qu'elle rencontre le fils d'un collègue de sa mère, lui-même instituteur; ils sortent souvent ensemble, le garçon plaît à la mère, le mariage est bientôt fixé. Mais l'anxiété s'accroît, l'appétit disparaît, la jeune fille maigrit. On repousse la date du mariage lorsque la malade fait une bronchite; au décours de celle-ci éclate pour la première fois une crise d'asthme. L'angoisse disparaît aussitôt, mais la mère s'inquiète outre mesure, s'affole et amène sa fille consulter un grand Maître parisien. Après un traitement banal, la jeune fille retrouve la santé, mais sa mère fait à son tour une bouffée anxieuse. Le mariage a bientôt lieu et notre jeune femme mène une vie normale lorsque, quatre ans plus tard, elle fait une nouvelle angoisse. Nous pensons que cette névrose d'angoisse devait prendre racine dans une insatisfaction d'ordre sexuel mêlée à la crainte de perdre une mère qui vieillit. Un traitement par les ganglioplégiques reste sans effet lorsque survient une nouvelle crise d'asthme : l'anxiété disparaît immédiatement, mais la malade rechute quelques mois plus tard et nous est adressée.

Psychothérapie.

Dès les premiers entretiens, la malade a fait un transfert amoureux très violent sur l'analyste, mais son anxiété s'est rapidement atténuée lorsqu'elle a pris conscience de la signification sexuelle de son angoisse. Nous avons pu l'amener à une certaine autonomie et c'est avec un bon équilibre que cette jeune femme a repris sa place dans son foyer.

Nous avons voulu terminer par cette observation, car elle nous montre un double balancement : l'asthme semble faire disparaître une angoisse qui quitte la fille pour gagner la mère; il semble presque y avoir transfert d'angoisse. Nous pouvons nous demander si la jeune femme, qui présentait dans ses rêves des fantasmes de mort, ne désirait pas inconsciemment la mort d'une mère qui enchaînait sa liberté. Dès lors, son angoisse apparaît comme l'expression de la lutte que livrait sa conscience, et l'asthme comme une manifestation d'hostilité et de vengeance.

Dans ces différentes observations, nous avons vu des psychonévroses disparaître avec l'apparition d'une crise d'asthme, pour reparaître pendant la période intercalaire. De tels faits évoquent peut être deux types de réaction ayant une cause commune, ou un même type de réaction à des niveaux fonctionnels différents. C'est en essayant de comprendre l'homme asthmatique dans sa totalité que nous tenterons maintenant de donner une solution à ce problème.

CHAPITRE III

L'HOMME ASTHMATIQUE

Dans son « Introduction à la médecine psychosomatique », S. Nacht a pu écrire : « La médecine a franchi le stade de la symptomatologie et même celui de la pathologie limitée à l'organe puisqu'elle tend, chaque fois qu'elle le peut, à confronter l'épisode-maladie à l'ensemble de l'organisme ».

Dépassant le concept classique d'étiologie, nous ne pouvons, avec Halliday, formuler les notions de causalité qu'à travers un processus évolutif qui prend du temps, et Nacht ajoutait : « C'est dans l'idée d'unité biologique, dans son concept de *totalité de la personne humaine,* que la discipline psychosomatique s'avère féconde et susceptible d'ouvrir de nouveaux horizons ».

Mais pour aborder l'homme allergique, l'asthmatique dans son ensemble, nous sommes obligé d'étudier les différentes voies d'abord de sa personnalité, de fragmenter le problème, car les méthodes d'investigation de l'homme sont multiples et contiennent toutes une part de vérité. C'est pourquoi, dans ce chapitre, nous exposerons, sans essayer d'apporter de conclusions, les diverses investigations récentes, tant expérimentales que psychologiques, du terrain asthmatique. Ce n'est que dans le chapitre suivant

que, dans un esprit de synthèse, nous essaierons d'aborder un plan d'explication qui évoque les dynamismes de « l'homme allergique » tout entier dans son projet d'Etre.

Que l'asthme et le psychisme aient, dans de nombreux cas, des rapports plus ou moins étroits est une notion depuis longtemps admise. Les auteurs anciens faisaient volontiers de l'asthme une maladie nerveuse. Trousseau, déjà, le compare à une « épilepsie du poumon », tandis que G. Sée le classe parmi les « névroses pneumo-bulbaires »; Parrot parle « d'attaque de nerfs sécrétoires » et Brissaud de « névrose respiratoire spasmodique »; Brugelmann, faisant de l'asthme une névrose anxieuse, crée le terme « d'asthme neurasthénique ».

Mais, au début du siècle, l'anaphylaxie apporte une notion étiologique nouvelle. Il est maintenant possible, pense-t-on, de rapporter tous les phénomènes à un processus unique. Les travaux de Pirquet et de Richet aboutissent à la conception générale d'allergie, c'est-à-dire à une réaction de défense normale mais brutale, explosive, survenant chez un individu sensibilisé. Plus tard, avec Reilly et Selye, ces concepts se précisent et, pour ces auteurs, les phénomènes allergiques représentent un « pattern » particulier de réponse au cours des maladies de l'adaptation. Or, le « stress » des maladies de l'adaptation peut être déclenché par les mécanismes les plus variés. L'organisme, quel que soit l'agent d'agression, réagit pour s'adapter par des défenses qui peuvent parfois constituer toute la maladie, d'où des étiologies multiples. Selon Ziwar, c'est la forme particulière que prend cette défense qui est l'équivalent de la notion de « terrain ».

I. — ALLERGÈNES ET FACTEURS PSYCHOLOGIQUES DANS L'ASTHME

Dans l'étiologie des maladies allergiques, et plus particulièrement dans l'asthme, les allergènes sont si nombreux et si variés qu'il est toujours possible d'en incriminer quelques-uns; mais ce n'est pas tout : l'allergie ne se réduit pas à des tests cutanés infiniment trop grossiers. Parmi les boulangers, beaucoup présentent des réactions d'hypersensibilité à l'égard des farines, mais ne feront jamais de maladies allergiques.

L'allergène ne peut expliquer à lui seul la maladie allergique, d'autres facteurs entrent en jeu. C'est ainsi que le Professeur Pasteur Valléry-Radot, dans son discours inaugural du Congrès International de l'Asthme, au Mont-Dore, en 1950, a pu écrire : « Même quand les crises d'asthme sont provoquées par un allergène auquel le sujet est sensibilisé, il semble bien que l'allergène ne soit pas toujours le seul élément dans l'étiologie des crises. Il faut souvent y ajouter une cause seconde, telle qu'une influence climatique, un état saisonnier particulier, ou encore un facteur psychologique. Cette notion est d'une grande importance, elle nous fait comprendre pourquoi, chez certains sujets sensibilisés à tel allergène, ne se déclenche une crise que dans certaines conditions. D'où l'erreur de ne considérer que l'allergène qui aura pu être décelé par les tests cutanés. »

A. — Etudes expérimentales

Les études expérimentales sont peu nombreuses. En 1948, Trueting et Ripley ont soumis cinq asthmatiques sensibilisés au pollen à leur allergène sans obtenir de crise, mais déclenchent celle-ci dès qu'ils touchent du doigt les problèmes qui sommeillaient en eux.

Mais déjà, en 1941, Faulkner avait observé par bronchoscopie une augmentation du diamètre bronchique au cours de conversations agréables et une vaso-constriction lorsqu'il abordait des sujets de contrariété.

Nous insisterons davantage sur les travaux de Holmès, Goodell, Wolf et Wolff. En 1949, ces auteurs ont fait entrer des sujets atteints de rhume des foins dans une chambre dont ils connaissaient la concentration en pollen. Ils avaient mesuré au préalable par des méthodes appropriées le degré de turgescence de leur muqueuse nasale, ainsi que la qualité et la quantité des sécrétions. Ils ont pu alors constater que les sujets, allergiques ou non, font une réaction à type d'hyperfonctionnement, sans que les sujets allergiques dont la muqueuse était relativement normale en entrant dans la chambre en fassent pour autant un rhume des foins. Mais si ces sujets étaient déjà en état d'hyperfonctionnement ou si on avait provoqué cet état par un réactogène psychologique, le rhume des foins apparaissait. Il est à noter qu'il disparaissait dès que le sujet était calmé psychologiquement par l'expérimentateur. Les auteurs concluent qu'une situation génératrice de conflit et d'angoisse donne un « stress » responsable de l'hyperfonctionnement nasal et qu'il y a additif des facteurs psychologiques et allergiques.

B. — Etudes cliniques

Mais nous pouvons ajouter à ce chapitre les nombreuses observations cliniques, comme celle de Mackenzie, qui constituent presque à elles seules de véritables preuves expérimentales.

Dans son exceptionnelle observation de la rose artificielle, Mackenzie rapporte le cas d'une jeune femme, issue d'une famille de nerveux et d'asthmatiques, qui présentait un asthme saisonnier très net, avec catarrhe oculo-nasal, crises dyspnéiques typiques pendant les mois d'août et de

septembre. Cette malade avait remarqué que, parmi les causes très diverses qui provoquaient ses crises, l'odeur du foin et surtout des roses jouait un rôle prépondérant. Mackenzie, pensant dans ce cas à la possibilité d'une part de névropathie, présenta brusquement à la malade une rose en papier. Celle-ci réagit aussitôt par une crise d'asthme sévère avec symptômes objectifs. Cette femme, convaincue par l'expérience précédente de l'inanité de ses troubles, put, quelques jours plus tard, respirer impunément l'odeur des vraies roses, ce qui prouve que, si elle leur avait été auparavant sensibilisée, elle ne l'était plus à cette phase de son évolution.

D'aussi probantes observations sont demeurées fort rares, mais P. Gallup, dans sa thèse (1936), fait mention d'un malade de quarante-trois ans, asthmatique et de tempérament anxieux, sensibilisé à l'odeur de garage et de gaz d'auto, à tel point que, même dans la rue, il se trouvait souvent très oppressé. Un jour, il va au cinéma et, malgré l'air confiné, n'y éprouve aucun malaise. Mais une automobile paraît sur l'écran et il fait aussitôt une violente crise.

Citons encore le cas de ce malade qui faisait des crises à heure fixe, mais n'en fit pas le jour où son médecin eût retardé, à son insu, la pendule.

Dans ce paragraphe, nous avons vu des crises d'origine psychique survenir chez des asthmatiques de type banal chez qui l'épisode respiratoire a toujours été un phénomène premier. Comme nous allons le voir, il n'en est pas toujours ainsi.

C. — Emotion et déclenchement de la crise d'asthme

Dans un important travail paru en 1956, Miller et Baruch étudient chez l'enfant les différents facteurs émotionnels qui paraissent être à l'origine de la crise d'asthme.

Pour eux, il s'agit presque toujours d'événements traumatisants ayant représenté une menace pour l'enfant.

Dans la plupart des cas, nous trouvons la peur de perdre les parents, une angoisse de séparation, la mort d'une mère ou son divorce. Les auteurs rapportent que le simple fait de laisser un enfant seul à l'hôpital ou à l'école sans l'y avoir préparé représente un vécu dramatique angoissant qui peut être à l'origine d'un état allergique.

Un autre groupe important de facteurs déclenchants se rapporte aux conflits familiaux et conjugaux : scènes de ménage, colère des parents, disputes et coups sont autant de situations traumatisantes pour l'enfant; il en sera de même de la découverte des ébats amoureux des parents.

Signalons encore la venue d'un petit frère, avec la jalousie qu'elle peut entraîner, les menaces de fantôme, les mauvais traitements ou les nombreux interdits venant de la mère et ayant trait à la masturbation... ou au simple fait de sucer son pouce.

Nous voyons donc qu'en dépit de leur variété, ces épisodes provoquent une réponse émotionnelle uniforme et se ramènent en tout état de cause à la peur de perdre ses parents, en particulier sa mère.

Chez l'adulte, Mc Dermott et Cobb, en 1939, puis French, en 1941, ont fait une étude détaillée des facteurs déclenchants d'une crise d'asthme; ils retiennent surtout le rôle d'émotions soudaines et intenses telles qu'une peur, une colère. Parfois, des mésententes d'ordre sexuel, un coït ou un amour déçu peuvent avoir déclenché une crise. Il en est de même des conflits familiaux, du spectacle d'une crise d'asthme chez un tiers, ou de la peur d'une maladie respiratoire. Par conséquent, n'importe quel facteur émotionnel paraît susceptible de provoquer une crise; mais soulignons aussi que les émotions peuvent aggraver, prolonger ou même stopper l'évolution d'un asthme.

D. — Conclusions

Au terme de cette étude expérimentale et clinique, il apparaîtrait donc qu'une réaction allergique peut être déclenchée :

— Par l'action conjuguée de substances allergisantes et de facteurs psychologiques, ces derniers paraissant abaisser le seuil de la sensibilité allergique;

— Par l'action de facteurs psychologiques indépendants des substances allergisantes, selon des mécanismes évoquant les réflexes conditionnés.

En fait, l'action de ces différents facteurs nous paraît fort intriquée et le plus souvent difficilement dissociable, ainsi qu'en témoignent les crises d'asthme provoquées par suggestion : Wittkover et Petrov ont suggestionné sous hypnose un homme prédisposé aux affections allergiques cutanées, mais non asthmatique. Désormais, lui dit-on, l'odeur des roses lui est terriblement néfaste. Dès lors, et même à l'état de veille, l'odeur des roses ou le simple fait d'apprendre que des roses sont dans le voisinage suffisent à déclencher des crises d'asthme. Remarquons que les tests cutanés aux extraits de rose restent négatifs. Par contre, les essais d'atténuation par la suggestion des réactions cutanées à un allergène, après sensibilisation, ont toujours échoué.

Mais, alors que les effets de l'allergène sur la peau sont inchangeables, ses effets sur l'asthme peuvent être modifiés par la suggestion, ainsi que le rapporte French, en 1950, dans les *Archives Internationales d'Allergie* : une jeune femme, sensibilisée au tabac, faisait de nombreuses crises d'asthme même lorsqu'elle ne se savait pas en contact avec du tabac. Ses réactions d'allergie cutanée étaient positives. Ses crises d'asthme furent inhibées sous hypnose et, après psychothérapie, les crises disparurent, même après contact avec l'allergène.

Signalons encore les cas d'asthme onirique décrits par Jacquelin dans *Le Monde médical* (1950) : un accès d'asthme typique est déclenché par la seule représentation mentale de l'effort, telle que la réalise le rêve, chez des malades couchés, immobiles et endormis puisqu'ils ont rêvé.

Ces différents travaux nous montrent donc que l'asthmatique réagit d'une manière spéciale, démesurée, à des incitations le plus souvent banales, non spécifiques, qui ont trouvé ici une prédisposition certaine, un « terrain » particulier. C'est ce terrain que nous étudierons maintenant.

Comme Pasteur Valléry-Radot a pu l'écrire : « Dans l'asthme, ce qui importe, c'est le terrain. Du jour où l'homme a le terrain favorable à l'apparition de l'asthme, les causes les plus variées pourront être génératrices de crises. Ce facteur est en effet d'importance capitale : si on pouvait agir sur le terrain, on aurait une action thérapeutique certaine dans toutes les variétés étiologiques de l'asthme. »

II. — L'INVESTIGATION PSYCHOLOGIQUE DU TERRAIN ASTHMATIQUE

L'étude du rôle des émotions dans l'asthme a intéressé bien des auteurs; cependant, peu de travaux ont été faits pour comprendre le processus mental mis en jeu, si ce n'est la monographie de French et Alexander sur les facteurs psychologiques dans l'asthme (1941). Les conclusions de ces auteurs ont été reprises par tous les psychiatres américains ayant travaillé la question depuis cette date. Admises par les analystes, elles ont même eu l'approbation des allergistes. Nous ferons ici un simple résumé de ces conceptions en réservant au chapitre suivant les critiques que les auteurs français apportent aux « schémas dynamiques » par trop « spécifiques » des psychiatres américains.

Les travaux de French, Alexander et de l'Institut d'Analyses psychologiques de Chicago sont des études pratiquées à la fois chez des enfants et des adultes asthmatiques par la technique *psychanalitique;* 16 adultes et 11 enfants ont ainsi été étudiés, tant par un analyste que par un allergiste expérimenté qui avait fait la preuve de leur hypersensibilité.

Pour cette Ecole, tout au long de la vie des asthmatiques, apparaît, sous forme d'un courant perpétuel sous-jacent, la peur de perdre l'amour et la protection de leur mère : « La crise d'asthme tend à être précipitée dans les situations qui menacent de séparer le malade de sa mère. La séparation appréhendée peut être une séparation physique, mais plus fréquemment il s'agit du danger de perdre le lien affectif avec la mère, ou le substitut maternel, par suite d'une tentation à laquelle le malade se sent exposé. Dans de telles situations, la crise d'asthme semble représenter des pleurs inhibés. »

Ce fond affectif particulier entraîne une angoisse, et avec elle l'obligation de développer certains traits de caractère et des mécanismes de défense pour la surmonter. C'est la variété de ces mécanismes qui impliquerait la divergence apparente de leur personnalité :

— Le plus souvent, l'asthmatique maîtrise sa dépendance et son insécurité par une attitude provocatrice et un comportement agressif. Il cherche à s'assurer qu'il ne sera pas abandonné quoi qu'il fasse; aussi, plutôt que d'être abandonné à l'improviste, il provoque lui même ce dont il a peur; telle cette jeune femme qui, terrifiée à l'idée que son analyste ne découvre l'amour qu'elle lui porte, prend avec lui une attitude provocatrice...

— Un autre type de défense caractéristique consiste à parodier une attitude d'indépendance. Ces malades adoptent alors un comportement théâtral pour se prouver à eux-mêmes qu'ils sont affranchis de l'influence maternelle.

— Mais le moyen le plus sûr de lutter contre cette

angoisse d'abandon est de se réconcilier avec la mère : toute velléité agressive qui risque de mettre en danger la bonne entente avec elle provoque l'anxiété et déclenche une crise si le malade ne réussit pas à obtenir son pardon.

Finalement, la crise d'asthme apparaît à FRENCH et à ALEXANDER comme une sorte de « pleurs d'angoisse inhibés », le blocage de la confession ramenant le malade à un niveau régressif. Nous reviendrons ultérieurement en la développant sur cette tentative d'explication psychanalytique. Mais nous pouvons dès maintenant nous demander si cette énorme dépendance du jeune asthmatique n'est, non pas une cause, mais plutôt un effet.

Ne pourrait-on pas expliquer cet immense besoin affectif par la peur que provoque chez un enfant la menace d'une crise, avec les suffocations, l'asphyxie qu'elle entraîne ? N'est-il pas normal que cet enfant éprouve le besoin d'avoir constamment auprès de lui sa mère, source de consolation et image de sécurité ? Les statistiques du « Guy's Hospital », en Angleterre, répondent à nos questions; rejoignant les conclusions d'une enquête d'ALEXANDER, elles montrent que dans 95 % des cas, l'énorme besoin affectif du jeune asthmatique n'est pas la conséquence, mais bien la cause du déclenchement de la crise.

En Angleterre, ROGERSON, HARDCASTLE et DUGUID ont étudié 23 jeunes asthmatiques; 17 d'entre eux étaient l'objet d'une telle sollicitude qu'ils auraient dû aller à l'hôpital pour « nervosisme » si l'asthme ne les y avait pas conduits. Une telle attitude s'expliquait parfois lorsque l'enfant était l'unique survivant d'une famille décimée; dans d'autres cas, sa naissance avait précipité le mariage de ses parents et sa mère était tiraillée entre le devoir d'aimer et de soigner l'enfant et le sentiment obscur de ne pas le désirer réellement. Par réaction, elle redoublait de sollicitude envers lui pour atténuer son sentiment de culpabilité.

A cette attitude conflictuelle, l'enfant réagissait par une

angoisse marquée et un manque de confiance en lui-même. Plusieurs d'entre eux refusaient de quitter leur mère durant l'entretien avec le psychiatre et préféraient souvent ne pas répondre aux questions plutôt que d'encourir le risque de déplaire. Craintifs et réservés, ils quittaient parfois le médecin pour vérifier la présence de leur mère dans la salle d'attente. Mais, une fois cette période de repli passée, après avoir surmonté cette phase de timidité maladive, ils devenaient plus bruyants et plus agressifs que les autres enfants; de plus, ils avaient tendance à jouer seuls, sans se mêler aux autres garçons, craignant par-dessus tout de prêter leurs jouets.

Ces auteurs concluaient qu'on peut parler d'un type asthmatique caractérisé par : « une intelligence élevée dans les tests verbaux, mais une plus faible capacité de performances, une angoisse marquée, une absence de confiance en soi, et enfin une agressivité latente considérable avec égocentrisme. »

Hansen a lui aussi étudié les traits psychiques caractéristiques de l'asthmatique et il estime que certaines particularités sont frappantes : il leur trouve des performances intellectuelles supérieures à la moyenne, une impressionnabilité manifeste, mais celle-ci serait par ailleurs rationalisée et corrigée. Pour lui, l'asthmatique apparaît comme un « comprimé » et il compare le complexe symptomatologique de l'asthme avec les complexes respiratoires du fatigué. Moore arrive aux mêmes conclusions : allergiques et asthmatiques ne sont que des déprimés périodiques et leurs troubles corporels ne sont que l'expression de cette dépression.

Nous ne dirons que quelques mots de la morphologie des asthmatiques : leur étude en est rare et les observations contradictoires. Krestchmer les décrit parfois comme des cyclothymes pycniques, plus souvent comme des schizo-

thymes leptosomes. Brown et Goiten ont étudié des malades d'origine russe ou irlandaise, et décrivent une personnalité de type *respiratoire* faite d'une « tendance cyclothymique associée à des traits paranoïaques, avec agressivité refoulée et sentiments de culpabilité ».

III. — L'HÉRÉDITÉ ET LE FOND PSYCHIQUE ANORMAL DE CERTAINS ASTHMATIQUES

Très fréquent, signalé par de nombreux auteurs, le fond psychique anormal de certains asthmatiques est le plus souvent acompagné de tares familiales : suicides, internements, très grand nervosisme. Mc Dermott et Coob ont trouvé une instabilité émotionnelle ou des antécédents mentaux chez 47 % des proches parents d'asthmatiques chez qui le rôle de facteurs émotionnels avait été reconnu.

Mais ce fond psychique anormal peut aussi être constitué par un caractère particulier du malade : tendance à la tristesse, au pessimisme, irritabilité et instabilité, émotivité exagérée. Schatia, utilisant le Rorschach, décrit des corrélations entre l'asthme et les psychonévroses et les confirme par un examen clinique. Trueting et Ripley ont montré que la quasi-totalité de leurs asthmatiques présentait un état dépressif durant leur crise d'asthme, et ils pensent que l'anxiété est le caractère dominant des asthmatiques, bien que plusieurs d'entre eux présentent un manque d'intérêt ressemblant à l'indifférence hystérique.

Une statistique de Leavitt portant sur 11.647 psychotiques montre que 0,08 % de ces malades mentaux seulement présentaient des réactions allergiques, pour 10 à 12 % de la population en général; et l'auteur conclut : « La réactivité allergique semble être en raison inverse de la réactivité psychotique. » C'est là une notion importante qui pourrait aider à mieux comprendre les phénomènes de balancement.

IV. — PHYSIOLOGIE ET ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIE

Funkenstein est un des rares auteurs qui se soient intéressés aux aspects physiologiques de ce genre de maladies. Par son test à la mécholyne, il étudie la réactivité du système nerveux autonome et constate une réactivité de type orthosympathique lorsque les malades présentent un syndrome psychotique; l'injection de mécholyne ne provoque alors qu'une légère et courte crise d'asthme. Au contraire, quand le tableau psychotique est remplacé par un tableau allergique, les crises sont fortes et prolongées, la réactivité est de type parasympathique.

Que nous apporte l'électroencéphalographie ? Les auteurs argentins Escardo et Vaquez ont montré, dans une série de recherches, la fréquence des altérations de l'électroencéphalogramme chez l'enfant asthmatique et leurs rapports avec l'épilepsie. Panzani et Turner ont repris ces résultats dans le laboratoire du Professeur Gastaut, tant chez l'enfant que chez l'adulte. Ils ont trouvé un type de tracé « désynchronisé » qu'ils rapportent à un processus d'excitabilité cérébrale d'origine diencéphalique. Mais ils ont aussi trouvé des tracés « dysrythmiques » ou de « synchronisation lente » semblant en rapport avec un défaut de maturité des centres mésodiencéphaliques. Chez le jeune asthmatique, ces anomolies sont très marquées, beaucoup plus que ne le voudrait l'âge de l'enfant. Pour les auteurs, ces faits constituent un argument en faveur de l'origine centrale de la maladie asthmatique.

Avant de conclure, nous attachant plus particulièrement à l'enfance du petit asthmatique, nous voudrions maintenant le décrire dans sa famille, en étudiant le climat émotionnel dans lequel il grandit.

V. — L'ALLERGIQUE DANS SA FAMILLE

Pour Miller et Baruch, lorsque l'allergie survient, c'est qu'elle était déjà inscrite en nous, mais son apparition a été favorisée par un climat émotionnel spécial. C'est ce climat que les auteurs étudient dans leur dernier ouvrage paru en 1956.

A. — Le climat émotionnel dans lequel grandissent les allergiques

Une notion domine l'enquête et paraît essentielle à Miller et Baruch : 97 % des jeunes allergiques sont « rejetés » par leur mère et ne trouvent pas auprès de celle-ci l'amour indispensable à leur développement et à leur maturité; même lorsque la mère s'occupe convenablement de son enfant, son attitude paraît dictée par un vague sentiment de culpabilité et non par l'amour maternel. La maladie a parfois rapproché providentiellement une mère de son fils mais, la plupart du temps, elle rend le « fardeau » encore plus insupportable. Pour les auteurs, un tel rejet prend racine dans le vécu infantile de la mère, presque toujours elle-même allergique et ambivalente vis-à-vis de sa propre mère. Venue immature au mariage, non préparée à son rôle d'épouse et de mère, elle a cherché auprès de son mari l'amour et la protection qui lui manquaient. Le plus souvent, cet amour a été déçu, la mésentente sexuelle, les conflits conjugaux ont accentué le malaise; l'enfant est né, symbole d'une union qui est un échec; il n'a pas été accepté.

B. — Les réactions du jeune allergique a ce climat émotionnel

Nous savons combien l'amour maternel, avec ce besoin d'être protégé, d'être à l'abri, d'être dépendant, est indispensable à l'enfant. Il y a chez le jeune allergique qui se sent abandonné, une immense « faim d'amour », qu'il

décrit très bien : « j'aime être malade, disait l'un d'eux, quand je suis malade, ma maman oublie ses occupations et reste avec moi. »

A ce climat émotionnel d'insécurité auquel il est hypersensible, le jeune allergique réagira par un attachement excessif à sa mère; mais son immense amour ne trouvera comme écho qu'indifférence et même hostilité; sa colère s'allume mais n'ose exploser, l'enfant développe peu à peu une sourde animosité vis-à-vis de sa mère.

Miller et Baruch insistent particulièrement sur le mode d'expression de cette agressivité qui n'est pas directe, comme chez les autres enfants, mais évite de se tourner vers l'extérieur pour regarder en dedans. Le mode d'hostilité du petit allergique est en effet tourné contre lui-même, il met toutes ses forces en jeu pour contrôler son hostilité et se montrer toujours le petit garçon bien sage, chéri de sa maman.

VI. — CONCLUSIONS

Nous avons essayé d'aborder *l'homme asthmatique* dans les différents pôles de sa personnalité. Nous avons vu la part importante des facteurs psychiques dans le déclenchement des crises d'asthme : c'est là une notion bien admise aujourd'hui. Mais l'expérimentation, comme la clinique, montrent surtout que l'asthmatique réagit d'une manière spéciale, démesurée, à des incitations le plus souvent banales, non spécifiques, qui ont trouvé ici une prédisposition certaine, un *terrain* particulier; mais parler du terrain, c'est saisir la personnalité humaine dans sa *totalité,* dans son vécu comme dans son hérédité.

Retenons simplement que les investigations psychologiques de ce terrain montrent, quelles que soient les Ecoles, et avec un ensemble troublant, une énorme *dépendance* du jeune asthmatique vis-à-vis de sa mère, avec une peur constante de perdre amour et protection.

CHAPITRE IV

ALLERGIE, MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE ET MALADIES MENTALES

C'est dans un esprit de synthèse que nous essaierons maintenant d'aborder un plan d'explication qui évoque les dynamismes de *l'homme allergique* tout entier dans son projet d'Etre.

I. — LE CONCEPT D'ALLERGIE

Nous avons pu croire, il y a quelques années, avec le développement de la chimie des antigènes et des anticorps, que la notion d'allergie allait reposer sur des bases solides. On espérait lui apporter une explication définitive par la physiologie et la séro-immunologie. L'échec est aujourd'hui certain, tant sur le plan théorique que thérapeutique, car la maladie humaine ne peut se comprendre uniquement par des examens de laboratoire et l'expérimentation animale. Il n'est donc pas étonnant que pour le terme d'allergie et le processus qu'il évoque, il n'y ait pas unité. Le congrès de Zurich, en 1951, n'en donne pas de définition acceptable et il reconnaît simplement que le processus allergique représente une attitude de défense poussée à l'extrême. La difficulté vient de ce que l'on a voulu expliquer la maladie allergique de l'homme avec des concepts tirés de l'immuno-

biologie. On a cherché une explication fonctionnelle à partir du lien causal entre allergènes et manifestations allergiques, on a parlé de modalité réactionnelle modifiée qui rend efficaces des antigènes primitivement dépourvus de pouvoir pathogène.

Mais en mettant en lumière les processus de défense généraux de l'organisme, la réaction antigène-anticorps n'apparaît plus qu'un phénomène partiel de l'allergie et l'allergène n'explique plus à lui tout seul les manifestations allergiques les plus diverses.

On a essayé alors de combler ce trou par toute une série d'explications complémentaires : fragilité diencéphalique, prédisposition du système nerveux neuro-végétatif, dysfonctionnement endocrinien et facteurs psychiques sont venus en renfort. C'était là allonger la chaîne des facteurs étiologiques sans réaliser une conception unitaire.

Comment a-t-on franchi ces différentes étapes et où en est-on aujourd'hui ?

II. — CONCEPT DE CONSTITUTION ET ALLERGIE

Hansen, vers 1929-1930, aboutit au concept de *constitution*. Il estime que, chez l'allergique, ce sont de simples occasions qui rendent manifestes les prédispositions constitutionnelles, mais que des fonctions psychiques et somatiques hyperexcitables facilitent la mise en mouvement d'un procesus vital de façon démesurée. Pour lui, la psyché prépare l'organisme à une réactivité nouvelle; elle agit, pense-t-il, soit en modifiant l'excitabilité du système nerveux autonome, des excitations inférieures au seuil devenant alors efficaces, soit en entraînant des variations vasculaires des tissus périphériques qui facilitent la résorption des produits pathogènes et conduisent à la réaction antigène-anticorps.

Il conçoit toutes les formes d'asthme psychogène comme des réactions d'habitude totalement aspécifiques; une sorte

de sensibilisation psychique semble tout d'abord s'être produite à l'occasion d'un traumatisme affectif associé de façon le plus souvent fortuite à une cause provocatrice banale d'asthme. Puis, après un certain temps, un nouveau traumatisme psychique détermine la crise, sans autre cause appréciable d'asthme. Ce processus semble donc s'apparenter étroitement à celui des réflexes conditionnés de Pavlov, où, de même, il faut qu'un agent indifférent se trouve associé à un excitant absolu, avant de devenir lui-même excitant du même réflexe.

III. — CONCEPTIONS PSYCHOSOMATIQUES DE L'ALLERGIE

Quelques années plus tard, dès 1939, l'Ecole de Chicago, sous l'impulsion vigoureuse de Franz Alexander et de Thomas French, apportait une forte contribution à une meilleure compréhension théorique des concepts maniés et à l'accroissement de l'efficacité pratique de la psychothérapie dans la maladie psychosomatique. L'asthme a été particulièrement étudié par les psychosomaticiens qu'ils ont formés et d'importants résultats, tant théoriques que pratiques ont été rapportés dans de nombreux ouvrages.

Pour cette Ecole, seule la coïncidence d'un facteur allergique exogène ou endogène avec des facteurs émotionnels peut provoquer une crise d'asthme. Cette conception donne la primauté à la réaction antigène-anticorps, car les facteurs psychiques ne sont appelés à l'aide que si les fondements cliniques et physiologiques ne donnent pas une explication satisfaisante. Ils voient dans l'asthmatique un type de réaction démesurée à des sentiments sous-jacents, mis en marche aussi bien par un allergène spécifique que par une stimulation émotionnelle soudaine et forte. Ils présument que la prédisposition à réagir ainsi dans une situation conflictuelle et d'autre part la prédisposition allergique sont liées, mais de façon inconnue.

Derrière la multiplicité des facteurs émotionnels, Alexander pense que le facteur psychodynamique central réside dans un conflit résultant d'un attachement excessif non liquidé à l'égard de la mère, avec sentiment de dépendance-agressivité entraînant culpabilité et angoisse. Aussi, pour lui, les crises sont comparables aux syndromes de conversion hystériques qui expriment également des tendances contradictoires; avec son Ecole, il voit une analogie entre les larmes réprimées de l'enfant et la dyspnée de l'asthmatique; seuls, pense-t-il, une crise de larmes ou un dialogue portant sur le sentiment de culpabilité pourraient mettre fin à la crise.

Nous pouvons rapprocher de ces conceptions celle de Ziwar qui, en France, s'est particulièrement occupé du point de vue psychosomatique de l'allergie et a écrit : « Un syndrome allergique est une réaction de défense générale dont les caractères sont ceux-là mêmes de la réactivité de l'organisme du nouveau-né dont l'immaturité neuro-hormonale et le peu de différenciation psychosomatique expliquent à la fois la brutalité des oscillations homéostatiques et la stéréotypie des réactions, quelles que soient l'origine externe ou interne et la nature matérielle ou psychologique de l'agent de provocation. Un tel syndrome représente donc un retour au mode de fonctionnement physiologique du nouveau-né avec innervation régressive parasympathique.

« L'exploration du terrain et du tempérament allergique révèle une sorte d'incapacité pour le sujet de réaliser son indépendance bio-psychologique de l'organisme maternel et montre son retour aux modes d'équilibration homéostatique propres au stade de l'unité symbiotique mère-enfant. A ce stade, l'organisme infantile est incapable de maintenir son équilibre homéostatique sans l'intervention incessante de la mère. Sans une sollicitude adaptée à ses besoins, l'équilibre est perturbé par les éléments les plus banaux : molécules ingérées ou respirées, éloignement physique ou

moral de la mère; d'où la probabilité d'un conditionnement...; l'organisme infantile réagit alors par des pleurs de détresse; pour des raisons de conditionnement mal élucidées, l'enfant allergique est incapable de pleurer. La décharge dans l'innervation parasympathique représente l'équivalent des pleurs inhibés.

« Le caractère à la fois défensif et psychosomatique des réactions d'allergie est mis en évidence par le fait que ces réactions représentent souvent des signes de défense empêchant une désintégration sérieuse de la personnalité. »

IV. — PSYCHANALYSE ET MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE

Avec le concept de régression, nous entrons dans le domaine de la médecine psychosomatique vue sous l'angle psychanalytique. C'est là une évolution générale et, comme Nacht l'a écrit : « Il y a tout lieu de penser que les problèmes que pose la médecine psychosomatique, problèmes instinctuels et psychodynamiques par excellence, ne peuvent être étudiés à fond que par l'application de la psychanalyse. »

La lecture des observations psychosomatiques nous laisse fréquemment en effet sur l'impression d'une étude inachevée, d'une esquisse. On a l'impression que quelque chose a été vu, mais il est difficile de trouver un lien entre les éléments épars; on pressent le problème plus qu'on ne le résout, bien que cette atmosphère vague et approximative recouvre une réalité importante. Il est difficile de tirer de ces observations cliniques des conclusions théoriques, et on peut se demander quelle peut être la valeur de ces « profils psychologiques » proposés systématiquement par F. Dunbar comme spécifiques de chaque affection étudiée, ou des « schémas dynamiques spécifiques » d'Alexander.

La médecine psychosomatique moderne nous apporte-t-elle avec le courant psychanalytique qui l'entraîne aujourd'hui une tentative d'approche valable de *l'homme allergique* dans son ensemble ? C'est ce que nous allons voir avec les travaux de Nacht, Fain et Marty, parus en 1956 dans la « Psychanalyse d'aujourd'hui ».

Freud nous montre, écrivent-ils, que lorsque le Moi considère ses tendances instinctives comme menaçantes, il les refoule, les nie, mobilisant dans le combat qu'il livre contre elles une partie de son énergie; or, à l'heure actuelle, notre conception des troubles psychosomatiques s'appuie sur les possibilités de déplacement de l'énergie investie dans les diverses fonctions, la fonction mentale comprise. Lorsque des investissements évolutifs ne trouvent pas leur place à travers une structure caractérielle rigide, ou brusquement devenue telle du fait d'un mouvement de régression, les chances de survenue d'un trouble psychosomatique sont maxima.

Nous voyons donc que la capacité d'un organisme de transformer son énergie, de la désinvestir de certaines activités pour la réinvestir dans d'autres quand cela est nécessaire, représente son authentique moyen de défense. Or, un besoin frustré, une satisfaction ressentie comme impossible, maintiennent un état de tension dont l'organisme cherche à se débarrasser à tout prix. Pour ce, les modes utilisés peuvent couvrir toute la pathologie psychiatrique. Lorsqu'il n'y a pas eu intégration des échanges avec le milieu extérieur par perturbation de la vie instinctive, affective, il se produit une libération d'activités ayant tendance à reproduire des modes de relations archaïques; l'ensemble s'isole du Moi et celui-ci ne veut plus le reconnaître comme faisant partie de lui-même.

Il en est de même dans les troubles névrotiques et des liaisons entre la pathologie psychosomatique et la pathologie mentale apparaissent ici : les mécanismes semblent être les mêmes, mais ils se situent peut-être à des niveaux

différents. Mais les auteurs vont plus loin et constatent que, dans la plupart des troubles psychosomatiques constitués, l'organisme réagit à tout un ensemble de réactions émotionnelles qui lui sont propres, comme si cet ensemble lui devenait étranger et l'agressait. « L'organisme, écrivent-ils, conserve sa liaison avec son milieu par une véritable vésanie organique. »

Il semble là y avoir une réaction globale, une sorte de sensibilisation généralisée de tout l'organisme. Il apparaît donc à Fain et Marty que le mécanisme mis en jeu pour lutter contre une situation conflictuelle peut être de deux ordres : névrotique ou somatique, ou à la fois les deux. Lorsqu'un tel mélange existe, un certain équilibre s'établit sur les plans énergétiques et dynamiques entre les deux types de réactions, et les mécanismes peuvent alterner sans que l'on puisse prétendre que les réactions névrotiques conditionnent les réactions somatiques.

Les auteurs rejoignent encore la notion de cycle lorsqu'ils introduisent comme moyen de défense *l'introjection et la projection.* La projection, qui projette en dehors de nous quelque chose qui nous est propre, s'accompagnerait d'hyperactivité; l'introjection est la suppression de tout mouvement s'orientant vers l'extérieur; il y a perte de désir par impression d'avoir pris l'objet en soi; elle s'accompagnerait d'hypoactivité. Les deux mécanismes peuvent alterner et l'allergie couvrirait ces deux activités opposées.

C'est à la même notion de possibilité de balancement que les auteurs font appel lorsqu'ils écrivent : « Les formes cliniques des troubles psychosomatiques semblent sous la dépendance de deux pôles observables en clinique ou physiologiquement dans le rythme de la vie : veille-sommeil, excitation-inhibition, manie-mélancolie, crise-absence épileptique, système ortho-parasympathique. »

V. — CONCLUSIONS

Est-il possible de concevoir dans la même rubrique toutes les manifestations morbides apparaissant dans la maladie allergique : troubles circulatoires, métaboliques, dérèglements endocriniens, mais aussi les syndromes névrotiques ? Avec G. Schwöbel, nous pouvons penser que toutes ces manifestations représentent les modes d'expression d'une seule et même attitude de défense. Mais, chez l'homme allergique, les processus de défense normalement transitoires deviennent durables, et cette attitude durable est vécue dans tous les domaines, somatique comme psychique.

Les connaissances immuno-biologiques de l'allergie n'expliquent pas à elles seules l'hypersensibilité à l'égard des diverses choses du monde; la positivité d'un test cutané n'est que quelque chose de partiel de l'attitude générale de l'homme, et les processus cutanés ou respiratoires ne sont qu'une partie de la défense générale du corps.

Comme l'a écrit Bleuler : « L'expérience clinique quotidienne montre qu'il n'y a pas de limites précises mais des transitions entre les intolérances psychiques et somatiques. L'allergique se développe dans une insécurité si grande qu'il est toujours dans une même attitude d'extrême défense de tout son être. » La maladie allergique signifie donc que la maladie corporelle n'est pas la cause de l'état psychique, pas plus que celui-ci n'est responsable de l'état allergique. La détermination de l'Etre dans le sens d'une défense ne doit pas être attribuée non plus à la réactivité du système nerveux neuro-végétatif ou du diencéphale; l'homme allergique est sur la défensive dans tout ce qu'il sent, dans tout ce qu'il pense, dans tout ce qu'il fait, et tout processus somatique ou psychique s'ordonne dans ce comportement de défense. Un tel comportement entraîne une attitude de tension extrême qui apparaît cliniquement

sous la forme de contractions dans les territoires les plus divers du corps.

Nous ne saurions parler ici d'un choix de l'organe, car nous devons voir dans les différentes fonctions un système de relations avec l'extérieur impliquant un déterminisme profond conditionné par tout notre vécu. Ces malades sont constamment sur le qui-vive pour ne pas laisser venir trop près les choses ou les êtres qu'ils redoutent; ils ne veulent dépendre ni des hommes ni des choses, mais dans leur effort ils tombent dans une dépendance démesurée. Cette attitude très tendue est pour eux d'une nécessité vitale, s'ils abandonnent leur attitude de défense active, ils tombent dans un état qui menace l'intégrité de leurs fonctions mentales.

Maladies mentales et allergie paraissent donc avoir une signification *défensive;* leur *équivalence* dans les balancements pourrait donc signifier que les *niveaux de réaction* de l'organisme sont assez proches dans ces deux types de manifestations. Aussi, pourrons-nous conclure par un texte récent du Professeur E. Luscher, auquel nous souscrivons entièrement par ailleurs :

« Dans le processus allergique se manifeste un certain parallélisme entre les comportements psychiques et somatiques. L'organisme de l'allergique a la même hypersensibilité, le même pouvoir de sensibilisation à l'égard des influences purement organiques des allergènes que sa psyché qui, avec sa labilité, réagit avec une intensité particulièrement forte aux facteurs émotionnels; cette réaction devient toujours plus forte par la répétition. On peut donc parler d'« allergie psychique ». Je considère l'allergique dans sa disposition fondamentale comme un sujet fixé dans une défensive constante et démesurée, dont le corps et la psyché réagissent démesurément et souvent pathologiquement. »

C'est cette notion d'*allergie psychique* que nous étudierons dans le chapitre suivant.

CHAPITRE V

ALLERGIE EN PSYCHIATRIE

La notion générale d'allergie est-elle applicable en psychiatrie aux désordres mentaux ? Elle a tenté beaucoup d'auteurs, mais il faut être très circonspect dans son application.

Comme le pense Porot, elle n'est pas douteuse pour certaines encéphalites infectieuses (mélitococcie, tuberculose), avec leur cortège de désordres psychiques. Cet auteur admet une pathogénie allergique pour certaines explosions de délire aigu, au cours de psychoses dont l'origine infectieuse était avérée ou latente.

D'autre part, plusieurs auteurs, dont Baruk, Hyvert et Aubin, ont souligné les rapports étroits entre certaines manifestations névrosiques ou psychosiques survenant chez des tuberculeux latents ou dans les formes atténuées de tuberculose avec les phases allergiques de cette affection.

On a encore voulu voir une action allergisante de certains chocs émotifs violents ou de situations conflictuelles prolongées et expliquer la réapparition, pour des causes de moindre importance, de manifestations réactionnelles par le mécanisme de l'allergie ou de la sensibilisation émotive. Porot cite J. Lépine qui avait, un des premiers, décrit cette sensibilisation et cette anaphylaxie émotive chez des commotionnés ou de grands émotionnés de la guerre de 1914-1918.

Ce sont surtout Mmes Pascal et Deschamps qui, en 1931, ont attaché leur nom à ce qu'elles ont appelé « psychoses de sensibilisation ». Elles décrivent un terrain spécial qu'elles appellent « psychocolloïdoclasique » identifiable à la diathèse colloïdoclasique de Widal à laquelle s'ajoutent des désordres psychiques. « Au point de vue biologique, disent-elles, ce terrain est une tare humorale et psychique en équilibre instable qui rend les sujets particulièrement vulnérables à l'égard des émotions et des agents-chocs. »

Dans un ordre d'idées voisin, plusieurs auteurs avaient avancé que les accès de la psychose périodique pouvaient eux aussi revendiquer cette explication allergique.

Cette même conception a été reprise récemment par Sivadon à propos de rapatriés des camps de prisonniers ou de déportés. Cet auteur a eu l'occasion de suivre en série ces véritables névroses expérimentales qu'ont représentées les névroses de guerre; il a pu en dégager un schéma évolutif dont la netteté est fort variable, mais qu'une enquête soigneuse permet habituellement de préciser. Ce schéma est le suivant : un événement est vécu comme un danger grave pour la personnalité. Le choc émotionnel est en apparence bien supporté, mais en réalité il a dépassé les capacités réactionnelles du sujet; il s'agit toujours en effet d'une situation à laquelle il ne peut pas faire face, qui est sans issue, ou encore d'une grave situation conflictuelle. Dans les mois qui suivent apparaissent progressivement des troubles mineurs consistant essentiellement en intolérances diverses; d'abord localisée à tout ce qui rappelle ses conditions de vie à l'époque du choc émotionnel, la sensibilisation s'étend ensuite à tout l'environnement; aux intolérances alimentaires succèdent des intolérances sociales diffuses avec instabilité, manifestations caractérielles gênantes pour l'entourage.

En même temps on note des céphalées, une asthénie

intense, des troubles du sommeil souvent à type d'hypersomnie, et parfois une alcoolisation de défense.

Après un délai variant de six mois à plusieurs années, mais très souvent de l'ordre de deux ans, un nouveau choc émotionnel, minime cette fois, mais rappelant directement ou symboliquement la situation traumatisante primitive, déclenche des troubles pathologiques intenses; il s'agit généralement de névroses d'angoisse, mais on observe aussi des crises d'automatisme (fugue), des crises d'agitation confusionnelle, des crises d'épilepsie, mais aussi des accès maniaques ou mélancoliques.

Le terrain comporte très habituellement une fragilité de la structure personnelle avec immaturité affective, mais surtout l'on rencontre dans les antécédents avec une fréquence qui exclut le hasard, soit une atteinte tuberculeuse, soit des accidents allergiques (asthme, eczéma, urticaire, etc...), soit une attrition cérébrale ou une suppuration cranienne, soit une maladie infectieuse neurotrope. Le terrain est donc, on le voit, essentiellement caractérisé par un état allergique, soit diathésique, soit acquis.

Le schéma évoque l'allergie : événement hétérogène inassimilable par la personnalité, période de sensibilisation avec réactions d'intolérance et exacerbation des mécanismes de défense, enfin déclenchement des troubles pathologiques sous l'influence d'un rappel de l'événement primitif.

Mais peut-on pour autant parler d'allergie ?

Les faits décrits se traduisent cliniquement par des intolérances à certaines situations : il est donc légitime de faire appel à la notion de sensibilisation. D'autre part, ces intolérances se traduisent par des réactions anormales. Cette « capacité de réaction altérée » correspond exactement à la définition de Von Pirquet sur l'allergie. Les symptômes précritiques sont tous connus comme appartenant à la série allergique : intolérances alimentaires banales, intolérances sociales qui s'apparentent aux trou-

bles du caractère décrits chez certains enfants allergiques, mais aussi céphalées de type allergique.

Il manque, dira-t-on, la preuve biologique objective. Mais quelle preuve ? On ne peut invoquer le plus souvent que l'hypothèse d'une allergie tissulaire, d'une allergie d'organe selon la conception de Pasteur Valléry-Radot. En pareil cas, il n'existe pas de test utilisable. Cependant, les arguments thérapeutiques que donne Sivadon sont fort troublants : si la tuberculinothérapie, la sulfothérapie et l'ingestion de P. A. S. ont une action favorable sur les maladies mentales, ne s'agirait-il pas de médicaments désensibilisants non spécifiques ? Est-il besoin de rappeler la valeur des vieux traitements trop oubliés : l'abcès de fixation, l'autohémothérapie, la pyréthothérapie, dont l'action désensibilisatrice est bien connue ? Et l'efficacité remarquable de l'hyposulfite de magnésium, anti-allergique par excellence ? Et la protéinothérapie qui resta la médication désensibilisante type jusqu'à l'apparition des antihistaminiques de synthèse dont les remarquables effets dans les psychoses aiguës comme dans certaines nécroses ont été maintes fois signalés. Enfin, l'électrochoc lui-même n'a-t-il pas été utilisé avec succès dans diverses affections allergiques comme l'eczéma ou l'asthme ?

Nous avons vu que, parmi les mécanismes spontanés de défense qu'utilisent les malades dans la période de sensibilisation, on rencontrait surtout le sommeil et l'alcoolisation. Le sommeil paraît avoir une fonction assimilatrice, sans doute par le truchement du rêve; il permet à la situation traumatisante d'être revécue sans réveiller trop activement les réactions d'intolérance; ainsi s'obtient une désensibilisation à cette situation désormais intégrée dans l'histoire du sujet. Ne peut-on trouver là une analogie avec l'action des narco-analyses ? Quant à l'alcoolisation de défense observée au cours de la phase de sensibilisation, elle apparaît à l'auteur comme une tentative de protection, une « phylaxie » destinée à défendre la cellule cérébrale contre l'agression toxique d'un autre produit.

A la lumière de ces faits, avec Sivadon, quelle conception d'ensemble peut-on proposer ?

Toute la difficulté est de passer de la notion d'allergie physique à la notion d'allergie émotionnelle. Tout se passe en effet comme si l'émotion était investie par l'allergie physique et qu'ainsi soit constitué un état de sensibilisation à l'égard de l'allergène émotionnel. Ou encore, lorsque l'affection allergisante succède à l'émotion, comme si cette émotion participait désormais à l'état allergique.

Certes, il est bien difficile d'apporter la preuve biologique, à plus forte raison expérimentale, de cette hypothèse; cependant, parmi les diverses conceptions modernes de l'allergie, celle de Danielopolu, de Bucarest, paraît ouvrir la voie à des hypothèses plausibles.

Pour lui, tout allergène provoque dans l'organisme des mécanismes de défense se traduisant par la production d'anticorps. Les anticorps ne peuvent se produire qu'en étroite union avec la choline contenue dans tous les tissus de l'organisme. A mesure que se développent les anticorps, la concentration en choline augmente dans les tissus. Dans ce complexe anticorps-choline, les anticorps assurent une immunité spécifique, tandis que l'hyperconcentration en choline produit une anaphylaxie non spécifique. Il suffit d'imaginer qu'un produit, spécifique d'une émotion, se combine avec ce facteur anaphylactique non spécifique pour lui conférer une spécificité.

En fait, écrit Sivadon, tout se passe en clinique comme si un phénomène de cet ordre se produisait : « Dès que le facteur anaphylactique et le facteur émotionnel se sont combinés, on voit apparaître une sensibilisation progressive se traduisant d'abord par des manifestations hyperergiques, ou d'intolérance. L'émotion initiale n'est pas encore évoquée... Cette hypersensibilité favorise à son tour d'autres émotions intenses à l'occasion d'événements bénins qui se trouvent ainsi chargés de signification. Et, par un jeu d'interactions et de liaisons émotionnelles, se crée un

véritable réseau de situations sensibilisantes qui enserre le sujet et le condamne à une subanxiété permanente.

« C'est à ce moment qu'il se défend parfois par la boisson ou le sommeil. Mais, après une période d'incubation variant de quelques mois à deux ans, l'élément traumatisant initial tend à apparaître dans les rêves, provoquant souvent l'insomnie. Puis un événement minime, un rappel inconscient ou symbolique, éveille tout à coup une résonnance émotionnelle intense et c'est le choc déclenchant : angoisse le plus souvent, parfois agitation, crise délirante, voire syncopale ou même épileptique. »

Telle est l'hypothèse avancée par le Docteur Sivadon. Certes, il est dangereux de transposer des termes psychologiques ou psychopathologiques en termes biologiques, et l'auteur reconnaît lui-même que la physiopathologie de tels phénomènes lui paraît encore bien superficielle. Mais il n'est pas question de réduire les troubles mentaux à une sorte d'urticaire cérébral. L'allergie est un processus biologique très général dont seuls ou presque les aspects humoraux et tissulaires ont été jusqu'ici étudiés. Les mécanismes invoqués se situent, non plus au niveau d'organes apparents, mais au niveau des zones nerveuses les plus élevées dans la hiérarchie fonctionnelle.

En soulignant le parallélisme possible entre certains mouvements d'ordre pathologique mental, d'une part, et des mouvements d'ordre allergique d'autre part, nous pouvons donc nous demander si les mécanismes de « l'allergie organique » ne constituent pas une espèce de dénominateur commun de phénomènes situés à des plans très divers. Le voisinage, chez un individu donné, de réactions du type allergique et d'états psychosopathiques peut se présenter sous diverses formes parmi lesquelles la succession de ces manifestations dans le temps suggère particulièrement l'existence d'une espèce d'unité d'action.

CONCLUSIONS

L'historique nous a montré l'action curatrice d'affections intercurrentes aiguës sur certaines maladies mentales. Mais ce sont surtout les balancements psychosomatiques entre l'asthme et les psychonévroses qui ont retenu notre attention.

Dans nos observations, nous avons vu des désordres mentaux variés disparaître avec l'apparition d'une crise d'asthme, pour reparaître pendant la période intercalaire. De tels faits évoquent peut-être deux types de réaction ayant une cause commune, ou un même type de réaction à des niveaux fonctionnels différents. Nous avons posé le problème, mais nous ne l'avons pas résolu.

Nous nous sommes en effet heurté aux difficultés de confronter l'épisode - maladie à l'ensemble de l'organisme; il nous a paru extrêmement difficile de décrire une personnalité d'*homme asthmatique*, car la personnalité c'est la totalité de la personne humaine, et cette totalité nous échappe. Les investigations tant expérimentales que psychologiques de l'asthmatique nous montrent seulement certains aspects de l'Etre, et la clinique psychosomatique nous paraît encore trop jeune pour se permettre d'affirmer la présence constante d'une structure caractérielle spécifique à chaque trouble. De même, si les conceptions psychanalytiques récentes apportent un effort louable de synthèse, elles restent encore discutables. Aussi, nous contenterons nous de voir peut-être dans le comportement et la maladie

de l'homme asthmatique, une attitude de défense durable et exagérée, vécue dans tous les domaines, somatique comme psychique. L'asthmatique, comme l'allergique, est sur la défensive dans tout ce qu'il sent, dans tout ce qu'il pense, ainsi que dans tout ce qu'il fait.

En invoquant les phénomènes d'intolérance et la possibilité de mécanismes allergiques en pathologie mentale, nous sommes entré dans le domaine passionnant et dangereux des hypothèses. Mais, comme l'a écrit Charles DARWIN : « Sans hypothèse, il ne saurait y avoir d'observation féconde ».

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :

Le Doyen,

R. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

P. DELMAS-MARSALET.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 20 Septembre 1957

Le Recteur,

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Alexander (F.). — La médecine psychosomatique, ses principes et ses applications. Payot, édit., Paris, 1952.

Alexander (F.). — Principes de psychanalyse. Payot, édit., Paris, 1952.

Baruk (H.) & Mathey (J.). — Contribution à l'étude des balancements psycho-somatiques. *Gaz. méd. France*, 1936, **43**, 373-374.

Bauer. — La guérison des troubles mentaux chez les aliénés atteints de maladies intercurrentes. Thèse, Strasbourg, 1923.

Bergouignan (M.). — Approche psychosomatique en O. N. O. Soc. O. N. O., Bordeaux, 18 décembre 1955.

Bleuler (M.). — Zur Psychosomatik in der Allergie. I. *Int. Allergie Kongreb*, Zürich, 1951.

Brissaud. — L'asthme essentiel chez les névropathes. *Rev. de Méd. de Paris*, 1890, p. 961.

Brissaud. — Hygiène des asthmatiques. Masson, édit., Paris, 1896.

Brown (E. A.) & Goiten (B. L.). — Some aspects of mind asthma and allergy; comparative personality study of 2 groups of clinical cases. *J. nerv. ment. Dis.*, 1943, **98**, 638-647.

Brugelmann. — Nouvelles recherches sur la nature et le traitement de l'asthme. *Rev. hebdom. Laryngol. Otol. et Rhinol.*, 21 janvier 1899, n° 3.

Camuset. — Des modifications observées dans l'état mental de certains aliénés atteints de choléra. *Ann. Méd. Psychol.*, 1892, (cité d'après Mathey).

Danielopolu (D.). — Sur la pathogénie de l'asthme et sur son traitement médical et chirurgical. *Bull. Acad. Méd. (Paris)*, 1925, **3**, 505-514.

Dunbar (F.). — Emotion and Bodily changes. Columbia University Press, New-York, 1954.

Esquirol. — Traité des maladies mentales, 1838.

Fain (M.). — Principes de clinique psychosomatique à l'occasion de l'investigation d'un cas de glaucome. *Bulletin d'activité n° 23 de l'Association des Psychanalystes de Belgique.*

French (T.). — Emotional Conflict and Allergy. *Int. Arch. of Allergy*, 1950, vol. 1, fasc. 1, 28-39.

French (T.) & Alexander (F.). — Psychogenic factors in Bronchial-Asthma, parst. I, II. *Psychosom. Med.*, monograph., 1941.

Funkenstein (D.). — Variations in reponse to standart amounth of chemical agents during alterations in feeling states in relation to occurence of asthma. *A Res. Nerv. Ment. Dis.*, 1949, **29**, 566-582.

Galup (Ph.). — Asthme d'origine psychique. Thèse, Paris, 1936. *L'Expansion Scientifique française*, édit., Paris, 1936.

Griesinger. — Traité des maladies mentales. 1865.

Halliday (J. M.). — Psychosocial Medicine. New-York, 1948.

Hansen (K.). — Zur Frage der Psycho-oder Organogenese beim allergischem Bronchial-Asthma. *Nervenarzt.*, 1929, **2**, 633-641; 1930, **3**, 513-523.

Holmes (T.), Goodell (H.) Wolf (S.) & Wolff (H. G.). — Evidence on genesis of certain common nasal disorders. *Am. J. Med. Sc.*, 1949, **218**, 16-27.

Hyvert (M.). — Les pseudo-encéphalites de la tuberculose atypique. *Sem. Hôp. Paris*, 1948, **24**, 693-699.

Jacquelin (A.) & Turiaf (J.). — Asthme et Diencéphale. *Sem. Hôp. Paris*, 1950, **39**, 1858-1864.

Jacquelin (A.) & Turiaf (J.). — Asthme et représentation mentale. L'asthme onirique. *Le Monde Médical*, 1950, **962**, 33-43.

Kelp. — Asthma und Psychose. *Allg. Ztschr. Psychiat.*, 1873, **29**, 449.

Leavitt (H. C.). — Bronchial Asthma in functionnal psychoses. *Psychosom. Med.*, 1943, **5**, 39-41.

Leigh (D.). — Asthma and the Psychiatrist. A critical review. *Int. Arch. of Allergy*, 1953, vol. 4, n° 4, 227-246.

Lépine (J.). — Cité d'après Porot.

Luscher (E.). — Psychische Factoren bei Hals, Nasen, Ohrenleiden. *Schw. Med. Wschr.*, 1955, p. 1.153.

Mackenzie (J.-N.). — La production de « rhume des roses » par une rose artificielle. *Amer. Journ. Med. Sc.*, 1886, **1**, 45.

Marcé. — Traité pratique des maladies mentales. Baillière, édit., Paris, 1862.

Marty (P.). — Clinique et pratique psychosomatiques. *La psychanalyse d'aujourd'hui*. Presses universitaires de France, édit., Paris, 1956, **2**, 533-586.

Marty (P.) & Fain (M.) — Psychanalyse et Médecine Psychosomatique. *La psychanalyse d'aujourd'hui*. Presses universitaires de France, édit., Paris, 1956, **2**, 499-531.

Mathey (J.). — Contribution à l'étude des balancements psychosomatiques. Thèse, Paris, 1938.

Mc Dermott (N.-T.) & Cobb (S.). — Psychiatric survey of 50 cases of Bronchial Asthma. *Psychosom. Med.*, 1939, **1**, 203-244.

Mc Laughlin, Zabarenko & Diana. — Emotional reactions of Rhumatoid artritics to A. C. T. H. *Psychosom. Med.*, 1953, **15**, 187-199.

Miller (H.) & Baruch (D.-W.). — Psychosom studies of children with allergic manifestations. *Psychosom. Med.*, 1948, **10**, 275-278.

Miller (H.) & Baruch (D.-W.). — Study of hostility in allergic children. *Am. J. Orthopsychiat.*, 1950, **20**, 506-519.

Miller (H.) & Baruch (D.-W.). — The practice of psychosomatic medicine, as illustrated in allergy. Mc Graw, édit., New-York, 1956.

Moreira. — Disturbios psychicos no curso da influenza durante a ultima pandemia. *Arch. Brasil de med.*, Rio de Janeiro, 1919, **9**, 283-305.

Nacht (S.). — Introduction à la médecine psychosomatique. *Evol. Psych.*, janvier 1948.

Norman. — On insanity alterning with spasmodic asthma. *J. Ment. Sc. Lond.*, 1885, **6**, 1-12.

Panzani (R.) & Turner (M.). — Etude encéphalographique de la maladie asthmatique. *Presse méd.*, 1952, **83**, 1826-1828.

Parrot. — Asthme in dictionnaire Dechambre, 1867.

Pascal & Deschamps. — Psychoses de sensibilisation. *Ann. Méd.-Psych.*, 1931, **89-I**, 449 et **89-II**, 8.

Pinel. — Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, 1809, p. 379.

Porot (A.). — Allergie en psychiatrie. Manuel alphabétique de psychiatrie, 1955, supplément, 5-6.

Raffegeau, Mignon & Leulier. — Contribution à l'étude des métastases (mentales) dans l'asthme. Congrès des médecins aliénistes, Amiens, 1911.

Rogerson (C.), Hardcastle (D.-N.) & Duguid. — Etude psychologique du problème de l'asthme et du syndrome asthme-eczéma-prurigo. *Guy's Hosp. Rep.*, 1935, **85**, 289.

Sabbath (J.-C.) & Luce (R.-A.). — Psychosis and bronchial asthma. *Psychiat. Quart.*, 1952, **26**, 562-572.

Sandri. — Un cas d'alternance entre asthme des foins et psychose maniaque dépressive. *Rev. neurologique*, 1930, p. 844.

Schatia (V.). — *Psychosom. Med.*, 1941, **3**, 157 (cité d'après Leigh).

Selye. — Physiopathologie de l'exposition au « stress » : traité basé sur les concepts du syndrome de l'adaptation générale et des maladies de l'adaptation. 1 vol., Acta, édit., Montréal, 1950.

Sivadon (P.). — Phénomènes d'intolérance et mécanismes allergiques en pathologie mentale. *Evol. Psychiat.*, 1955, **11**, 299-326.

Susbielle (M.). — Le psoriasis est-il une dermatose psychosomatique ? Thèse, Montpellier, 1953.

Schwöbel (G.). — Die lehre vom allergiekranken meuschen. Verlag Hans Huber, édit., Bern und Stuttgart, 1956.

Tinel & Lamache. — Relations entre psychose maniaque dépressive et crises de migraine, d'épilepsie, d'asthme et d'urticaire. *Encéphale,* 1928, **23,** 155-162.

Trousseau. — Leçons de clinique médicale.

Trueting (T.) & Ripley (H.-S.). — *Journ. Nerv. Ment. Dis.,* 1948, **108,** 380 (cité d'après Leigh).

Toulouse. — Tuberculose et psychopathie. *Rev. d'hygiène,* 1930, **52,** 657-675.

Valabrega (J.-P.). — Les théories psychosomatiques. Presses universitaires de France, Privat, édit., Toulouse, 1954.

Wagner-Jauregg. — Ueber die einwirkung fieberhafter erkrankungen auf den verlauf von psychosen. *Jahrbuch. f. psych.,* 1886, **7.**

Widal. — Cité d'après Porot.

Wittkower & Petrov. — Zur psychogenese asthma bronchiale. *Ztschr. f. Klin. Med.,* 1932, **119,** 293-306.

Ziwar. — Asthme. Encyclopédie médico-chirurgicale. 1950, Psychiatrie II, 37.440 E^{10}.

Ziwar. — Allergie. Encyclopédie médico-chirurgicale, 1950, Psychiatrie II, 37.400 K^{10}.

Ziwar. — Psychanalyse des principaux syndromes psychosomatiques. *Rev. franç. Psychanal.,* octobre-décembre 1948, 505-540.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 9

Chapitre premier. — Historique et essai de classement nosographique des balancements psychosomatiques en général 11

I. — Maladies intercurrentes aiguës curatrices de troubles mentaux 12

II. — Maladies « vicariantes » alternant avec des manifestations mentales 16

Chapitre II. — Les balancements psychosomatiques entre l'asthme et les maladies mentales 19

Chapitre III. — L'homme asthmatique 35

I. — Allergènes et facteurs psychologiques dans l'asthme. 37

II. — L'investigation psychologique du terrain asthmatique 42

III. — L'hérédité et le fond psychique anormal de certains asthmatiques 46

IV. — Physiologie et électro-encéphalographie..... 47

V. — L'allergique dans sa famille 48

VI. — Conclusions 49

Chapitre IV. — Allergie, médecine psychosomatique et maladies mentales 50

I. — Le concept d'allergie 50

II. — Concept de constitution et allergie 51

Pages

III. — Conceptions psychosomatiques de l'allergie 52
IV. — Psychanalyse et médecine psychosomatique 54
V. — Conclusions 57

Chapitre V. — Allergie en psychiatrie 59

Conclusions 65

Bibliographie 67

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, place de la Victoire, 3.